

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

586

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Le Docteur M. BOISRAMÉ

Maurice

Ancien interne pr. des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté

Né à Paris le 5 juin 1905.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE
CHEZ LES FEMMES AYANT DÉJÀ SUBI
UNE HYSTÉROTOMIE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE TARNIER

PARIS

FIRMIN-DIDOT, ÉDITEUR

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Le Docteur M. BOISRAMÉ

Ancien interne pr. des Hôpitaux de Paris

Moniteur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté

Né à Paris le 5 juin 1905.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE
CHEZ LES FEMMES AYANT DÉJÀ SUBI
UNE HYSTÉROTOMIE

TRAVAIL DE LA CLINIQUE TARNIER

PARIS

FIRMIN-DIDOT, ÉDITEUR

1934

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....		PROUST.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale.....		STROHL.
Chimie médicale.....		DESGREZ.
Bactériologie.....		Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		CLERC.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....		ROUSSY.
Histologie.....		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		LOEFER.
Hygiène et médecine préventive.....		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LAICNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....		Maurice VILLARET
Clinique médicale	}	ACHARD.
		BESANÇON.
	}	CARNOT.
		Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de première enfance.....		LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....		NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses		LEMIERRE.
	}	CUNÉO.
		GOSSET.
Clinique chirurgicale.....		GRÉGOIRE.
	}	LENORMANT.
		TERRIEN.
Clinique ophtalmologique		MARION.
Clinique urologique.....		BRINDEAU.
	}	COUVELAIRE.
		JEANNIN.
Clinique gynécologique		J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose		Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....		MATHIEU.
	}	HODELACQUE.
		MULON.
Professeurs sans chaire		OLIVIER.
		VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENEAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN ...	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M^{me} J. LÉVY ...	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.	
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	GUÉNIOT.....	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN....		LE LORIER....	
BRULE.....		LÉVY-SOLAL...	
CHIRAY.....		METZGER.....	
DUVOIR.....			
HARVIER.....			
LIAN.....			
MM. BASSET.....	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER.			
MOCQUOT.....			
MOURE.....			
SCHWARTZ....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé....	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LÉDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE
LE DOCTEUR P. BOISRAMÉ

A MON FRÈRE
LE DOCTEUR R. BOISRAMÉ

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT
DE THÈSE

LE PROFESSEUR BRINDEAU

Membre de l'Académie de Médecine.
Professeur de Clinique obstétricale
Officier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, œuvre de son service et fruit de son enseignement.

*Témoignage de notre profonde admiration
et de notre respectueux attachement.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE TOURS

MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS

Directeur de l'École de Médecine de Tours.
Professeur de Clinique chirurgicale,
Officier de la Légion d'honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. N. LAPEYRE (*in memoriam*)

Professeur de clinique chirurgicale,
Officier de la Légion d'honneur.

MESSIEURS LES DOCTEURS

BOSC (*in memoriam*), CHEVET, COSSE, DESNOYELLES,
DUBREUIL-CHAMBARDEL (*in memoriam*), FAIX, FARÉ,
GODEAU, HUC, MALET, R. MERCIER, MOYRAND,
THIERRY, TILLAYE, A. VIALLE.

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MATHIEU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ A. SCHWARTZ.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ A. JOUSSET.

Internat provisoire

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MOUCHET.

MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

ECALLE, B. FEY, GATELLIER, LANTUÉJOUL, VAUDESCAL.

MESSIEURS LES MÉDECINS DES HOPITAUX

CATHALA, P. JACQUET, POULARD, RIBADEAU-DUMAS.

MESSIEURS LES CHIRURGIENS DES HOPITAUX

FÈVRE, HUART, LEIBOVICI, SOUPAULT.

A NOS CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS

CAROLI, DESBUQUOIS, JOURDAN, SCHMITE.

INTRODUCTION

“ L'Art des accouchements est aussi noble par son sujet, qu'utile par sa fin : il est le seul qui jouisse de la prérogative de sauver souvent d'un seul coup de main, plusieurs individus à la fois ”.

LEVRET, 1762.

Si pendant longtemps la césarienne basse n'a pas eu droit de cité en France alors qu'elle était déjà pratiquée de longue date à l'étranger, ce sont les efforts de Schickelé et de mon maître, le professeur Brindeau, qui ont contribué à la faire connaître et accepter par les accoucheurs français.

Il y a quelque dix ans, les travaux sur la césarienne avaient surtout en vue de montrer les avantages de la césarienne basse supra-symphysaire sur la césarienne haute classique. Les statistiques publiées au cours de ces dernières années sont venues confirmer les avantages incontestables et maintenant incontestés de cette opération qui rallie dorénavant la presque unanimité des suffrages. Mais si les résultats présentés ont consacré d'une manière définitive la nouvelle section césarienne, actuellement on est en mesure de faire davantage et de juger non seulement la méthode, mais encore sa répétition. Pas mal de chemin a été parcouru et les observations d'opérations césariennes pratiquées sur des femmes ayant subi antérieurement une hystérotomie haute ou basse se sont faites de plus en plus nombreuses à mesure que l'on s'est éloigné du temps où l'opération césarienne basse a fait ses premiers pas dans le domaine de la pratique obstétricale.

Ce sont les résultats présentés par ces observations itératives que nous voulons envisager dans cette étude, sur les conseils de notre maître, le professeur Brindeau, qui nous en a fourni le sujet. Nous tenons à le remercier ici tout particulièrement et à lui exprimer toute notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

En outre des travaux divers que nous avons pu recueillir, cette étude sera basée sur les observations des césariennes itératives pratiquées ces dix dernières années à la clinique Tarnier.



GÉNÉRALITÉS

Dans notre étude, nous envisagerons tout d'abord au point de vue anatomo-pathologique, les lésions laissées par une opération césarienne. Ainsi, il nous sera ensuite plus facile de suivre chez une femme césarisée, les différentes étapes d'une grossesse ultérieure et de voir dans quelle mesure l'opération aura sa répercussion sur la gestation, le travail et la conduite à tenir au cours du prochain accouchement.

Le plan de notre sujet est donc le suivant :

- 1° Étude anatomo-pathologique des lésions;
- 2° La grossesse succédant à une opération césarienne;
- 3° Le travail chez une femme césarisée antérieurement;
- 4° La césarienne itérative;
- 5° Les observations.

Cependant, avant d'aborder immédiatement notre sujet, nous rappellerons les avantages maintenant définitivement établis de la césarienne basse supra-symphysaire sur la césarienne haute classique.

Au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française en 1921, Shickelé disait : « Aujourd'hui, pratiquement, je ne fais plus de différence entre les cas purs et les cas impurs, abstraction faite toutefois de ceux qui présentent des signes d'infection généralisée. Les résultats de la césarienne basse dans les cas impurs sont excellents. » L'auteur ajoutait qu'il était un peu tôt cependant pour pouvoir bien juger.

Treize ans se sont écoulés depuis ces premières impressions de Shickelé et l'expérience n'a fait que les confirmer en montrant l'indéniable supériorité de l'hystérotomie basse.

Comme le disait Phaneuf en conclusion à une étude sur la césarienne basse : « Plus augmente notre expérience de l'opération supra-symphysaire, plus nous sommes convaincus que cette méthode offre des avantages bien supérieurs à l'opération classique. »

Rappelons quelques-uns de ces avantages :

- 1° Incision abdominale moins grande sous-ombilicale.
- 2° Incision sur le segment inférieur, partie non contractile de l'utérus, recouverte par un péritoine décollable, moins vascularisée que le corps.
- 3° Schock opératoire moins important, car pas d'hémorragie, pas d'extériorisation de l'utérus, pas de manipulation d'épiploon ou d'anses intestinales.
- 4° Suture utérine plus aisée parce que paroi moins épaisse.
- 5° Cicatrisation meilleure car se faisant au repos.
- 6° Intervention au niveau du petit bassin, point déclive de la cavité péritonéale permettant d'utiliser la position de Fowler. Possibilité de poser un mickulicz en s'appuyant sur les parois de l'entonnoir pelvien.
- 7° Suites de couches meilleures. Absence de brassage au niveau du canal cervico-segmentaire qui ne présente pas de contractions. « Passif pendant l'accouchement, il le reste pendant les suites de couches. »
- 8° Adhérences intestinales ou épiploïques exceptionnelles.
- 9° Craintes de ruptures dans les grossesses ultérieures réduites au minimum.
- 10° Enfin avantage si on est amené à faire une hystérectomie sub-totale ou totale par crainte d'infection, d'hémorragie ou d'ostéomalacie par exemple, car on a :
 - une laparotomie gynécologique;
 - l'intestin n'est pas visible;
 - le décollement de la vessie est déjà amorcé.

Pour confirmer ces avantages de la césarienne basse sur la césarienne haute, il nous reste à montrer le résultat des statistiques que nous avons pu recueillir (cf. tableaux).

Ces statistiques, faites par des auteurs différents depuis de nombreuses années, contiennent certainement des observations qui se trouvent plusieurs fois répétées. Nous les donnons cependant pour fixer approximativement le taux de la mortalité de la césarienne basse.

Nous sommes arrivés à un total de 10.900 cas avec 381 décès, ce qui donne une mortalité de 3,5 % environ.

Pour la césarienne haute classique, on obtient 8.201 cas avec 458 décès, soit 5,6 % de mortalité.

De même, si on consulte le pourcentage donné par certains auteurs :

Baer, résultats d'une statistique de Michael Reese Maternity :

Mortalité de la césarienne classique, 5,5 %.

Mortalité de la césarienne basse, 1,3 %.

Bar, sur quelques milliers de cas, trouve 8 à 10 % de mortalité maternelle pour la césarienne haute.

En comparant les cas purs, les cas impurs et les cas très infectés, les auteurs suivants trouvent :

	BAR	MUNRO JACKSON & HOLLAND
Cas purs	2,9 %	1,8 %
Cas impurs	10,8 %	10,7 %
Cas très infectés	34 %	27 %

De même, les conclusions de Gellé dans sa thèse sur la mortalité de la césarienne trans-péritonéale basse, sont :

3,4 % de mortalité globale;

1,59 % de mortalité due à l'opération;

0,7 % de mortalité par péritonite.

Brindeau dit que quand on fait l'autopsie des femmes

mortes après césarienne classique, on s'aperçoit que la grande majorité meurt de péritonite.

Enfin Rubin, dans sa thèse, écrit : « La mortalité opératoire est beaucoup plus grande dans les cas tardifs pour la césarienne classique (10,7 %) que pour la césarienne basse (de 2 à 4 % suivant les auteurs). »

Winter, en 1929, donne une publication de tous les cas de césarienne basse extra-péritonéale, césarienne basse trans-péritonéale, césarienne classique et opération de Porro faits en Allemagne pendant l'année 1928 : soit 4.450 cas. De cette statistique, il résulte que la mortalité la moins élevée s'observe dans le cas de césarienne basse trans-péritonéale.

Stein et Lewenthal, dans un rapport analytique de 40 opérations césariennes basses sans aucun décès, citent de nombreuses statistiques pour montrer les différents résultats obtenus avec la césarienne classique et la césarienne basse. Ils concluent aux énormes avantages de cette dernière sur la précédente.

I. — ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Cette étude sera basée sur les constatations qui ont pu être faites au cours des diverses interventions relatées dans nos observations et en nous aidant également d'une documentation étrangère.

Nous envisagerons successivement comment, après une opération césarienne, se présentent :

- la paroi abdominale,
- les adhérences,
- la cicatrice utérine.

La paroi abdominale

Les lésions de la paroi abdominale sont extrêmement variables, depuis un léger amincissement au niveau de la cicatrice jusqu'à une véritable éventration.

En fait, les complications sont beaucoup plus rares dans l'incision pour césarienne supra-symphysaire que dans celle pour césarienne haute. Et cela tient d'une part, au siège même de l'incision, d'autre part à sa moindre longueur.

Comme le disait Brindeau en 1930, au Congrès de Liège : « Les éventrations au niveau de la cicatrice abdominale sont évidemment beaucoup moins fréquentes dans la césarienne basse que dans la césarienne corporéale. L'incision est en effet bien plus courte, son siège sous-ombilical la rend moins exposée à la distension des anses intestinales. » Et comme chiffres, Brindeau dit que la hernie abdominale n'a été observée que trois fois sur ses 332 opérations et encore une fois seulement était-elle importante.

Dans nos 108 observations personnelles, et il s'agit de césariennes itératives, nous relevons seulement un cas de hernie sus-pubienne, consécutive à une césarienne basse antérieure. Nous ne trouvons également que deux cas d'éventration : un premier consécutif à une césarienne haute s'est produit au quatrième mois de la grossesse, un second après deux césariennes basses antérieures.

Les fistules abdominales qui étaient données comme fréquentes dans les suites opératoires de la césarienne corporéale (3 à 4 %), sont très rarement observées dans les hystérotomies basses. Nous relevons sur nos 108 cas, une seule fistule utéro-pariétale dans les suites d'une césarienne haute antérieure. Dans ses conclusions au rapport du Congrès de Liège, Brindeau dit : « Les fistules cutanées n'existent pas, quant aux fistules vésicales, elles sont très rares. »

En effet, les fistules vésico-pariétales ne se rencontreraient jamais avec la césarienne classique, alors qu'elles ont été observées avec l'incision basse, et le fait de séparer la vessie du segment inférieur lors de l'intervention, explique cette possibilité. Nous n'en avons jamais rencontré.

Ce que l'on note le plus généralement au niveau de la cicatrice d'une césarienne basse, c'est un léger amincissement ou encore un aspect un peu fibreux et cicatriciel. Et bien souvent, si on pratique une résection de la cicatrice lors d'une nouvelle intervention, c'est plutôt dans un but esthétique. C'est ainsi que pour nos 108 observations on a pratiqué 30 fois la résection de la cicatrice cutanée; 3 fois il y avait des antécédents de césarienne haute et basse, 6 fois de césarienne haute antérieure, et 21 fois de césariennes basses. Brindeau, dans une statistique de 28 femmes opérées pour la deuxième fois, dit : « D'une façon générale, on peut dire que la deuxième opération est peu modifiée. La cicatrice cutanée est bonne et c'est plutôt par esthétique que nous en avons reséqué un certain nombre. »

Les adhérences de l'utérus

Les adhérences se présentent de façon différente et sont essentiellement variables, depuis le léger voile péritonéal jusqu'à la symphyse utéro-pariétale.

Si nous prenons les adhérences rencontrées dans nos observations, nous trouvons que dans 9 cas seulement sur 48 de césarienne basse succédant à une haute, il n'y avait aucune adhérence, alors que dans 22 cas sur 52 de césarienne basse succédant à une basse, on ne rencontrait aucune adhérence, ce qui fait donc un pourcentage de 80 % d'adhérences dans le premier cas et de 60 % d'adhérences dans le second cas.

Dans les 48 hystérotomies basses succédant à des césariennes classiques, on a trouvé :

17 fois des adhérences avec la paroi,
 6 — — — à l'intestin,
 18 — — — avec l'épiploon,
 3 — — — avec la vessie,
 4 — il y avait symphyse utéro-pariétale.

Parmi les 52 cas de césarienne basse itérative, on relève :

3 fois des adhérences avec la paroi,
 1 — — — l'intestin,
 8 — — — l'épiploon,
 6 — — — la vessie,
 1 — une symphyse utéro-pariétale.

Il est surtout intéressant de comparer dans l'un et l'autre cas les adhérences avec la vessie et de voir combien celles-ci sont plus fréquentes dans les suites de césariennes basses.

Adhérences post-césariennes

DEGRÉ D'ADHÉRENCES	CÉSARIENNE BASSE CONSÉCUTIVE A LÉS. HAUTE ET BASSE 8 cas.	CÉSARIENNE BASSE CONSÉCUTIVE A LÉSION HAUTE 48 cas.	CÉSARIENNE BASSE CONSÉCUTIVE A LÉSION BASSE 52 cas.
Adh. avec paroi.	3	17	3
Adh. avec vessie.	2	3	6
Adh. avec intestins.		6	1
Adh. épiploïques.	4	18	8
Symphyse utéro pariétale.		4	1
Adhérences légères (souvent péritonéales)	1	3	12
Adh. multiples.		3	4
Aucune adhérence.		9 (20 %)	22 (40 %)
Résection cicatrice cutanée.	3	6	21

Le tableau ci-contre montre la proportion d'adhérences suivant que la césarienne basse a été consécutive à une hystérotomie haute ou basse; c'est ainsi que pour la césarienne classique on trouve des adhérences légères dans 3 cas sur 48, alors que pour la césarienne basse on en a 12 fois sur 52 observations.

Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que les adhérences ont pu gêner l'opérateur lors d'une seconde intervention, soit que les adhérences latérales aient gêné la pose des champs destinés à protéger la cavité péritonéale, soit qu'une bride ait tordu l'utérus sur son axe et gêné son incision, soit enfin qu'il ait été impossible de décoller la vessie de la face antérieure du segment inférieur.

En fait, ce décollement a toujours été possible et si on relève dans les observations plusieurs cas où l'on ait fait une incision transversale de l'utérus, ce n'est pas tant par impossibilité du décollement péritonéal (dans un cas seulement sur 7, la section transversale fut pratiquée à cause des difficultés de décoller le cul-de-sac vésico-utérin), que pour essayer les avantages possibles de la section transversale sur l'incision verticale qui est généralement adoptée.

Quelles causes peut-on invoquer pour expliquer ces adhérences? On en a incriminé certaines, celles qui tendent à retenir l'utérus élevé pendant les suites de couches, c'est-à-dire un rétrécissement pelvien, un repos forcé au lit après l'opération, un pansement compressif, des points de suture mauvais, un suintement sanguin au niveau des sutures; on a aussi invoqué le massage de l'utérus au cours de l'opération pour provoquer des contractions insuffisantes de l'utérus, ou encore l'irritation causée par le liquide pouvant s'écouler dans la cavité abdominale.

En fait, avant tout, *l'infection* est la cause dominante; c'est une notion connue de pathologie générale que là où il y a processus inflammatoire, là également se forment des adhérences, aussi aura-t-on plus souvent l'occasion de

rencontrer des adhérences chez les césarisées qui auront présenté des suites de couches fébriles (obs. du 25 novembre 1928).

Dans 90 % des cas relevés par Van Leenwen, la température prise sous l'aisselle était supérieure à 37,5. Ainsi, on voit l'importance d'une rupture plus ou moins précoce de la poche des eaux.

On a aussi incriminé comme cause d'adhérences la répétition des *sections césariennes*. Mais ce fait ne semble pas devoir entrer en ligne de compte et il est fréquent de constater l'absence d'adhérences chez une opérée ayant déjà été césarisée 2 et même 3 fois, alors qu'une seule opération peut donner lieu à des adhérences très marquées. Pour Morisson Lacombe, dans la césarienne haute, la répétition de l'intervention ne semble pas augmenter forcément l'étendue des adhérences.

Mais une cause surtout domine la formation de ces adhérences : c'est celle de la *technique opératoire*. Il semble bien démontré en effet que depuis que la césarienne basse a succédé à la césarienne classique, depuis l'amélioration de la technique de l'opération césarienne basse avec péritonisation soigneuse en redingote, il semble bien, disons-nous, que les résultats se sont améliorés d'une façon considérable, et les adhérences à l'intestin, à l'épiploon ou à la paroi sont maintenant exceptionnelles.

Il est actuellement très rare, au cours d'une césarienne basse itérative, de retrouver des adhérences telles que celles que l'on rencontrait il y a une dizaine d'années dans les hystérotomies hautes répétées. Nous signalerons le cas publié par M. Brindeau dans l'Obstétrique, en 1907, et qui est significatif. Cet auteur, lors d'une césarienne itérative, ne put arriver à décoller une portion d'intestin grêle adhérente à la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de l'ancienne cicatrice, sur une longueur de 10 centimètres; il dut se contenter d'inciser l'utérus en dehors de l'anse intestinale et de la laisser en place. Chez cette

même femme, il existait une autre adhérence telle qu'elle ne put être détachée qu'après déchirure de la paroi musculaire. Aussi, fut-il réduit à pratiquer la résection de toute la partie adhérente, sur 6 à 7 centimètres de longueur avec suture séro-séreuse en deux plans au fil de lin. Il est intéressant de souligner, pour finir, la relative fréquence des adhérences après césarienne haute par rapport à celles que l'on rencontre dans la césarienne basse.

C'est ainsi que pour la césarienne classique on en rencontrerait :

dans 50 % des cas pour Bar et Pinard;

dans 64 % pour Pestalozza;

dans 71 % des cas pour Franck.

Pour la césarienne basse, une réserve doit être faite pour les adhérences vésicales. L'adhérence de la vessie au segment inférieur se rencontre assez fréquemment lors des interventions itératives. Nous avons déjà dit qu'elle gêne exceptionnellement l'opérateur, bien souvent elle ne se présente que sous forme d'un léger épaissement du péritoine qui, à ce niveau, se laisse parfois moins facilement décoller. Mais dans la règle, on a toujours la possibilité de faire aisément la section du segment inférieur et de péritoniser ensuite au-dessus de la suture utérine.

Si nous regardons nos observations, nous voyons que dans les 52 cas de césarienne basse itérative, dans 42 cas il y avait adhérence nulle ou très légère (adhérence épiploïque ou épaissement péritonéal très peu marqué). Parmi les 10 cas qui restent, 4 fois seulement il y eut des adhérences multiples dont une fois une symphyse utéro-pariétale.

Hendry, qui a étudié la question des adhérences après la césarienne, conclut que la fréquence des adhérences après la césarienne classique contraste avec sa rareté dans

la césarienne basse. En ce qui le concerne, il n'en a jamais trouvé.

Martins a pratiqué 18 césariennes basses itératives. Dans 15 cas, il n'a pas trouvé trace d'adhérences, dans 3 cas il y avait des adhérences légères à la paroi (nous en relevons 3 cas sur nos 52 observations). Par contre, dans nos 48 cas consécutifs à une césarienne haute, nous notons 17 fois des adhérences à la paroi.

Dans 8 cas de césariennes classiques itératives, le même auteur trouve 6 fois de très fortes adhérences.

Dans leur étude sur 718 cas de césarienne parmi lesquelles 91 furent des opérations itératives (82 faites pour la deuxième fois, 8 pour la troisième fois, une pour la quatrième fois), de Lee et Nadelhoffer déclarent que lors des nouvelles interventions, on ne rencontra aucune difficulté spéciale à l'ouverture de l'abdomen : une hernie fut rencontrée une seule fois, et des adhérences dans 40 % des cas, mais très minimes et facilement rompues. Elles se trouvaient entre l'utérus et l'épiploon, la paroi abdominale et l'épiploon ou entre le péritoine et l'utérus. Parmi les 8 cas qui eurent trois interventions, 5 avaient des adhérences, mais celle qui fut césarisée 4 fois n'en avait aucune. Enfin les auteurs déclarent qu'après césarienne classique, ils rencontrèrent dans 85 % des cas des adhérences qui étaient denses, aussi bien de l'utérus avec l'intestin qu'avec la paroi abdominale. « Il n'y a pas de comparaison entre les deux cas. Tous les avantages sont pour la césarienne basse, aussi loin que l'on se place sur la question des adhérences. » Aussi, parmi les avantages présentés, deux dominent dans la césarienne basse : l'absence d'adhérences abdominales, l'intégrité de la cicatrice utérine.

La cicatrice utérine

La cicatrice utérine a une importance primordiale dans l'opération césarienne et c'est à son sujet que s'est surtout posée la question de l'hystérotomie haute ou basse. C'est pour réaliser une cicatrice utérine parfaite que les procédés se sont multipliés en vue d'obtenir un résultat tendant le plus possible à une restitution « *ad integrum* » de la plaie utérine.

En 1892 déjà, Vigot écrivait dans le manuel opératoire de l'opération césarienne : « Quand la suture a été bien faite, à l'autopsie, on a trouvé la plaie exactement fermée, ne permettant aucun écoulement de la plaie elle-même ou de la cavité utérine. Si la femme est guérie et si on pratique l'autopsie longtemps après l'opération, il est souvent difficile de constater sur l'utérus la place où a eu lieu l'incision. » C'est à propos de l'opération césarienne haute, la seule que l'on pratiquait alors, que ces lignes sont écrites. En effet, une suture parfaite met à l'abri des deux grandes complications que l'on doit craindre au maximum : l'une, immédiate, l'infection ; l'autre, tardive, la rupture utérine. Et Poulet, en 1883, pouvait écrire : « Il y a lieu de penser que les résultats si tristes de l'opération césarienne sont dus à l'imperfection des méthodes, que le pronostic changera avec le procédé opératoire et que toute la question se ramène à rendre la plaie utérine étanche d'une manière durable au moyen d'une bonne suture. » Macroscopiquement, tous les degrés peuvent se rencontrer à l'examen d'une cicatrice antérieure. Il ne faut pas oublier que l'aspect extérieur d'une cicatrice est souvent trompeur, d'où le principe de toujours l'explorer minutieusement si on la découvre. Cet examen peut parfois donner d'utiles directives dans les déterminations opératoires ultérieures.

Pour la césarienne abdominale classique, de nombreuses

observations ont été publiées pour montrer que dans certains cas on ne trouvait pas trace de l'incision antérieure. En 1898, Weber après opération césarienne répétée deux fois, en 1889 et 1896, avec sutures pratiquées en quatre plans au catgut, ne retrouve aucune trace des opérations antérieures. En 1891, Korn communique à la Société allemande de gynécologie de Dresde le cas d'un utérus trois fois hystérotomisé et qui présentait une régénération parfaite des faisceaux musculaires au niveau de la cicatrice.

Füth, en 1903, donne l'observation d'une femme déjà césarisée chez qui on pratique une opération de Porro pour rupture utérine survenue en dehors de la cicatrice sur la face latérale gauche de la matrice. Il est impossible de découvrir aucune trace de la première incision césarienne.

De nombreux auteurs, entre autres Van Leenwen, Planchu, Boquel, Cerruti, donnent encore des cas de restitution « ad integrum » de la cicatrice utérine. Phaneuf rapporte : « Notre statistique qui montre que nous eûmes six opérations répétées pour une deuxième fois, dont une chez une femme où s'était développée une infection utérine sérieuse de l'incision utérine se terminant en une fistule utéro-abdominale, nous a prouvé que dans toutes ces observations, la cicatrice était ferme. De plus, il nous était impossible macroscopiquement, de distinguer une cicatrice même chez la parturiente où la fistule utéro-abdominale s'était développée. »

Reeb opère itérativement deux ans après la première intervention, sept heures après le début des douleurs, la poche des eaux étant rompue. Il laisse se produire l'effacement du col et une dilatation presque complète, le décollement du péritoine du segment inférieur est un peu plus laborieux qu'à l'ordinaire, l'adhérence étant plus forte, il a été nécessaire de se servir des ciseaux. « Mais, dit-il, il a été impossible de retrouver la cicatrice de la première

intervention. Tout le segment inférieur était bien formé, uniformément aminci et j'ai eu l'impression que ce segment aurait pu supporter une dilatation et un amincissement encore plus grands. »

D'après la thèse de Rubin, les conclusions de certains auteurs sur la cicatrice utérine dans la césarienne classique, sont les suivantes : pour Donald Mac Intyre, au niveau de la cicatrice, on note l'existence d'une fine couche de tissu cicatriciel fibreux étiré à la surface de l'utérus. Dans la paroi utérine, la direction des fibres est le plus souvent modifiée; elles s'accolent mais ne se continuent pas. Il en résulte une diminution de la solidité de la cicatrice.

Gelle a trouvé des îlots glandulaires dans l'épaisseur de la cicatrice d'un utérus antérieurement césarisé et qui a subi la rupture lors d'une grossesse ultérieure. Il pense que la muqueuse et ses glandes ont été entraînées par la suture de la paroi utérine et ont diminué la solidité de la cicatrice.

Les conclusions d'autres auteurs, tels que Branca, Audibert et Fabre, tendent à montrer que l'on peut rencontrer tous les degrés, depuis une cicatrisation presque parfaite jusqu'à la cicatrisation fibreuse; tantôt on n'a aucune trace, tantôt on trouve une dépression linéaire ou sinueuse, tantôt enfin une lame fibreuse très nette.

Shickelé a montré qu'il n'existait aucun rapport entre l'épaisseur de la cicatrice et sa solidité. Mieux vaut une mince cicatrice musculaire qui prendra part aux contractions utérines, qu'une épaisse cicatrice de tissu conjonctif qui ne prendra point part aux contractions du travail.

Au point de vue microscopique, l'étude histologique des cicatrices utérines est intéressante. Mais le processus de cicatrisation est essentiellement variable. « On peut tout voir : depuis les cas où la cicatrice utérine n'est représentée que par l'accolement de la muqueuse et du péri-

toine, jusqu'à ceux où l'union des deux lèvres de la plaie utérine est si complète que la cicatrise, invisible à l'œil nu, est même difficilement décelable au microscope. »

Il faut nous reporter à l'étude qu'en a faite Greenhill dans l'article qu'il a publié avec De Lee et Nadelhoffer, dans le journal américain d'obstétrique et de gynécologie de décembre 1928, et où les auteurs présentent 91 cas de césariennes basses itératives.

Au point de vue histologique, Greenhill donne les observations de 40 pièces parmi lesquelles 31 furent prélevées au niveau de l'incision antérieure, lors d'une césarienne itérative. En outre, trois prélèvements furent faits sur des utérus au moment d'une première opération dans un but comparatif.

Sur ces 31 pièces, dans 26 cas il y avait des traces nettes de cicatrices. Sur les 5 autres, aucun signe de tissu cicatriciel, soit qu'il y ait eu union parfaite, soit que le prélèvement se soit trouvé effectué à un endroit différent de la première incision, car il est parfois difficile de retrouver la première cicatrice. Ce n'est souvent qu'au cours de la nouvelle incision que l'on trouve trace de la première.

Greenhill divise ces 26 cas en trois groupes :

Dans un premier groupe de 3 cas, il y avait amincissement net de la paroi utérine et remplacement de la plus grande partie du tissu musculaire par du tissu fibreux.

Le deuxième groupe comprend 15 cas; il y a trace des vieilles incisions, mais intégrité de la paroi utérine. Les cicatrices sont pour la plupart composées de masses dures de tissu fibreux et plus ou moins cicatriciel.

Enfin, pour le troisième groupe de 8 cas, il y avait un degré moindre de cicatrisation. Le cas le plus favorable montrait seulement deux petites aréoles, une de muscle et l'autre de collagène (toutes deux étant intersticielles).

Enfin, d'après des études plus récentes, il semblerait que

les cicatrices minces se rencontreraient plus volontiers après les sutures en surjet; aussi l'auteur préconise-t-il des sutures en points séparés du segment inférieur. Mais une réserve est à faire du point de vue pathologique : les points séparés prennent plus de temps, aussi sera-t-on éclectique et on se basera sur la présence d'hémorragie nécessitant une intervention rapide, quitte à employer dans un second temps des points séparés.

De Lee et Nadelhoffer étudiant la qualité de la cicatrice utérine, déclarent que sur 29 observations, ils trouvèrent :

- 18 fois une cicatrice épaisse,
- 3 fois mince, mais solide,
- 3 fois mince,
- 4 fois invisible, mais sentie,
- 1 fois désunie.

Muhlrad, dans sa thèse de Paris 1932, étudie la cicatrice utérine dans la césarienne trans-péritonéale basse; il donne le résultat de deux examens histologiques d'anciennes cicatrices de césariennes basses, grâce à des prélèvements faits au cours de césariennes itératives. Dans la première observation, la coupe est constituée de deux zones distinctes :

- 1° Une région de musculature normale;
- 2° Une région où les fibres musculaires sont rares, espacées, noyées dans un tissu conjonctif et où l'on note de très nombreuses zones hémorragiques. Les capillaires y sont entourés d'une couronne de polynucléaires, il y a de nombreux vaisseaux ectasiés.

Dans la deuxième observation, le fragment est surtout constitué par du tissu collagène vascularisé. En un point, on remarque une zone de musculature normale. Ça et là, quelques fibres lisses plus ou moins dégénérées. Il existe une réaction lymphocytaire péri-vasculaire intense. Nous avons déjà signalé, en rappelant les avantages comparatifs de la césarienne basse et haute, l'importance d'une section

portant sur le segment inférieur, partie non contractile et moins vascularisée de l'utérus. L'incision sur le segment inférieur réduit considérablement la possibilité de rupture de la cicatrice dans les grossesses et les accouchements ultérieurs, parce que le segment inférieur qui ne se contracte pas après l'opération a beaucoup plus de chance de se réunir dans de bonnes conditions, qu'une incision sur le corps de l'utérus.

Phaneuf, dans une publication de six opérations répétées pour la deuxième fois, dit que dans tous les cas la cicatrice était excellente. De plus, il était presque impossible de la distinguer macroscopiquement.

De même Hirst et Van Dolsen : « Nous avons eu à plusieurs reprises l'occasion de faire une seconde opération césarienne chez des femmes qui avaient subi auparavant la césarienne trans-péritonéale. L'absence de toute cicatrice visible et la difficulté pour retrouver trace de l'opération antérieure, nous ont toujours frappés. »

Gaifami, dans un article de la *Revue française de gynécologie et d'obstétrique* de janvier 1923, donne le résultat de 50 observations de sections césariennes sur le segment inférieur. Anatomiquement, l'examen d'un utérus enlevé après une deuxième section césarienne montra qu'il n'existait aucune trace macroscopique de l'incision ancienne, ni sur la face externe, ni sur la face interne de l'organe. La muqueuse est partout lisse, régulière. Sur la surface externe, la seule trace est la présence d'un fil de soie, reliquat de la suture. (La première césarienne remontait à peine à deux ans et demi et depuis l'opérée avait mené à bien une nouvelle grossesse.) A l'examen microscopique, restitution « ad integrum ». Cependant, par endroits, le tissu conjonctif prédomine sur le tissu musculaire, sans cependant que la paroi fût jamais conjonctive dans toute son épaisseur. Il s'était fait une régénération musculaire.

Cliniquement, l'auteur présente 11 cas de césariennes répétées après interventions trans- ou extra-péritonéales faites sur le segment inférieur, et dans tous ces cas la cicatrice se montra fonctionnellement solide, alors même que dans plusieurs circonstances l'action des forces naturelles avait été expérimentée longuement.

Wielhem Basch a fait l'étude histologique de la cicatrice sur un utérus qui a subi trois opérations césariennes basses trans-péritonéales. L'auteur note la régénération complète des éléments musculaires, la muqueuse et la séreuse sont normales.

Les statistiques de tous les auteurs viennent confirmer la solidité de la cicatrice utérine dans la césarienne basse. La cicatrice du segment inférieur offre une résistance plus grande et une plus grande solidité que la cicatrice du corps.

Nouvian, en 1912, apporte une statistique de 164 cas de grossesses postérieures à une césarienne basse. La cicatrice fut toujours très résistante.

Bumm insiste sur la solidité de la cicatrice. Dans les 10 cas où il pratiqua la césarienne basse itérative, il ne trouve pas, à l'examen macroscopique, de trace de l'ancienne incision, même dans les cas où les suites opératoires de la première opération avaient été fébriles. En 1928, Balard rapporte des cas de césariennes basses itératives sans qu'il ait constaté la moindre trace de cicatrice et d'adhérences. Il était impossible à l'œil nu d'affirmer que ces femmes avaient subi antérieurement une opération césarienne.

Krause rapporte 123 cas de césariennes basses; chez 36 femmes on a pratiqué la césarienne basse itérative. Il n'y a jamais eu de rupture. Dans la majorité des cas, il était impossible de reconnaître la trace de l'opération antérieure.

Enfin, en 1923, Brandt a publié 18 cas de césariennes basses itératives; la cicatrice utérine a toujours été parfaite.

Ed. Martin, en 1925, donne une statistique de 125 cas de césariennes basses et 23 césariennes itératives pratiquées dans son service. La cicatrice a été parfaite. Huber, de Zurich, sur 23 cas de césariennes basses itératives, dit que dans la plupart des cas, il était presque impossible de reconnaître la cicatrice. Pour lui, la cicatrice est surtout résistante après la césarienne basse trans-péritonéale.

On peut donc conclure avec Brindeau dans son rapport du Congrès de Liège : « La cicatrice de la césarienne basse semblerait *a priori* devoir être moins résistante, étant donnée la minceur du segment inférieur, mais l'observation clinique prouve au contraire qu'elle est moins dangereuse. Si on réfléchit, du reste, on comprend pourquoi la cicatrice basse est préférable. L'incision de la césarienne basse porte sur une région très extensible qui revient rapidement sur elle-même, si bien qu'au bout de quelques jours, elle est réduite à quelques centimètres. En outre, certains opérateurs qui employaient la soie dans la césarienne corporeale pour éviter la désunion, ne se servent plus que de catgut depuis qu'ils ont adopté la césarienne basse; les fils résorbables s'infectent moins facilement, donnent des cicatrices plus souples. Quand on lit les observations de femmes opérées pour la seconde fois de césarienne basse, on s'aperçoit que dans un grand nombre de cas il est impossible de retrouver traces de l'ancienne cicatrice, c'est du moins l'opinion de Bumm, Krauss, Huber, Shickelé, De Lee, Phaneuf, Wetterwald, Gordon, etc... »

Nous terminerons cette discussion sur la valeur de la cicatrice utérine en donnant quelques chiffres sur les 108 cas de césariennes itératives que nous avons relevés à la Clinique Tarnier.

Pour les 8 cas où il y avait des antécédents de césariennes hautes et basses, 6 fois on ne trouve aucune trace de cicatrice antérieure. 2 fois la cicatrice était fibreuse.

Pour les 48 césariennes basses succédant à une césarienne classique, on a :

37 fois une cicatrice invisible,

2 fois une cicatrice fibreuse,

5 fois une cicatrice amincie ou de mauvaise qualité,

1 fois perforée, 1 fois désunie et 2 fois rompue (une fois il est vrai au cours de manœuvres d'extraction du fœtus).

Pour les 52 cas de césariennes basses itératives, les résultats sont concluants : aucune perforation ni rupture, seulement un cas où la cicatrice apparaît désunie sous le péritoine, 43 fois on ne trouve aucune trace de l'hystérotomie, 6 fois le tissu est un peu fibreux. 2 fois seulement la cicatrice paraissait un peu amincie (cf. tableau).

Cicatrice utérine (108 cas)

CICATRICE	CÉSARIENNES HAUTE ET BASSE ANTÉRIEURES	CÉSARIENNE HAUTE	CÉSARIENNE BASSE
Aucune trace.	6	37	43
Tissu fibreux.	2	2	6
Mauvaise qualité ou amincissement.		5	2
Perforation.		1	
Désunion.		1	1
Rupture.		2	

II. — LA GROSSESSE

Nous envisagerons dans ce chapitre l'état de la femme depuis la date où elle a subi une première intervention césarienne jusqu'au moment où, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, elle entrera en travail.

Nous verrons successivement les différentes questions de :

- a) *la fertilisation;*
- b) *la gestation;*
- c) *comment se présente l'accouchement pour cette femme de nouveau enceinte.*

Quelle est la conduite à tenir?

Peut-on faire un pronostic?

a) Fertilisation

On a beaucoup discuté pour savoir si une femme césarisée pouvait aussi facilement devenir enceinte.

Perrier dans sa thèse, en 1923, écrit : « On ne peut nier que les femmes, qui, opérées de la césarienne classique, redeviennent enceintes, sont une faible minorité. Il s'ensuit que pratiquement, d'une façon indirecte, on les a stérilisées. Ainsi inutilement un certain nombre de femmes, chez qui l'opération fut pratiquée par erreur, sont exclues de la multiparité. Enfin, nous ne croyons pas inutile de noter que ces mêmes femmes, opérées à tort, courent le risque d'une rupture utérine à l'occasion d'une grossesse ultérieure. » Et l'auteur cite un pourcentage de 4 % comme risques de ruptures.

Actuellement, on ne peut pas être du tout d'accord avec cette opinion de Perrier et il nous semble que la question de la fertilisation de la femme césarisée se pose d'une façon très différente.

Tout d'abord, l'étude doit être envisagée sous deux points de vue très différents :

L'un, qui est un facteur uniquement psychique : la femme qui a déjà subi une opération craint-elle le risque d'une nouvelle intervention ?

L'autre est un facteur physiologique en quelque sorte : l'utérus césarisé est-il moins apte qu'autrefois à être fertilisé ?

C'est sous cet angle différent que nous étudierons la question de la fécondation.

Les conclusions de Muhlrad dans sa thèse sur l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne trans-péritonéale basse, sont les suivantes : « C'est la restriction volontaire qui est la cause la plus importante de la stérilité des femmes césarisées et non l'état de l'utérus. »

Les recherches de Siegel ont montré que la stérilité après la césarienne basse était la même que pour la césarienne classique et l'auteur arrive au chiffre de 51 % pour l'un et l'autre cas.

En fait, il semble qu'actuellement le facteur d'ordre psychique joue beaucoup moins qu'autrefois. Cela serait dû, d'une part au résultat maintenant excellent de l'opération césarienne dont le pronostic s'est considérablement amélioré ; d'autre part, à sa plus grande expansion dans le domaine public : cette opération est actuellement connue de tous. Elle n'est plus une intervention exceptionnelle, aussi est-elle plus facilement acceptée. Sur 29 femmes de la statistique de Muhlrad, 5 ont subi 3 césariennes basses consécutives dans un laps de temps assez court. Cela semble indiquer que devant les résultats heureux de l'intervention, la césarienne basse est considérée par la malade comme une opération relativement bénigne.

De Lee, Nadelhoffer et Greenhill ont étudié l'action de la césarienne sur la fertilité. Il leur est difficile de la pré-

ciser, cependant sur leurs 718 observations, ils présentent 90 cas de sections répétées.

Les auteurs montrent que la durée entre les différentes opérations varie de 1 à 7 ans 1/2. 40 femmes eurent un deuxième enfant en moins de 2 ans 1/2. Ce qui fait un pourcentage de 51,3 %, à peine plus grand que le pourcentage recueilli à l'hôpital de 100 femmes ayant un second enfant (pourcentage de 50 %). Parmi les 8 cas où la femme subit une troisième intervention césarienne, 6 fois la grossesse survint en moins d'un an après la deuxième opération, ce qui est un argument assez fort en faveur de la césarienne basse.

Siegel, sur 113 cas de césariennes, note que 6 ans après 59 femmes n'avaient pas de nouvelle grossesse, donc il conclut que pratiquement 52 % sont stériles.

Du point de vue physiologique, on peut admettre que les lésions de la muqueuse utérine qui résultent de l'opération césarienne n'entraînent, dans la majorité des cas, aucune gêne à la nidation de l'œuf. S'il existe quelques modifications de la muqueuse utérine, elles sont strictement localisées à la cicatrice utérine et les observations montrent que bien souvent c'est dans un laps de temps très court après la première hystérotomie, que les femmes peuvent présenter une nouvelle grossesse, la valeur physiologique de l'utérus ne serait donc en aucune façon diminuée.

Wille a fait des expériences sur des animaux tels que le cobaye et la souris, en vue de démontrer que ni les adhérences, ni la cicatrice, ni les reliquats de fils des sutures n'ont empêché de nouvelles gestations et l'auteur conclut que dans 50 % des cas, la stérilité est voulue par la femme, c'est-à-dire que la césarienne ne diminue pas sa fécondité.

Cette notion était déjà signalée en 1890 par Torgzler, dans le numéro de janvier de la *Wiener Klinik*, où il

disait que la fertilisation n'est aucunement compromise chez les césariées, et depuis, ce fait a été confirmé par les observations de Boquel, d'Arthur J. Wallace, de Van Leenwen, Fruhinsholz, Morisson Lacombe et Marassi.

Labhart, de Bâle, sur une statistique de 286 opérations césariennes basses, signale que la fertilité fut supprimée chez 141 femmes; elle fut donc conservée chez 145 femmes. Une enquête auprès d'elles pour apprendre leur vie obstétricale ultérieure, ne donna que 95 réponses. Parmi celles-ci, 29 ont eu encore un accouchement, dont 20 spontanément et 9 par césarienne; 2 femmes ont accouché encore deux fois. Enfin, 59 femmes n'ont plus eu d'accouchement et « nous avons appris, dit l'auteur, que dans la grande majorité des cas, la reproduction avait été supprimée par ces femmes, de peur d'être obligées de subir encore une fois la césarienne ».

Morisson Lacombe donne le chiffre de 37 % de fécondation après césarienne classique et lui aussi invoque le facteur de la restriction volontaire. Mais sa thèse date de 1920 et depuis, les statistiques sont beaucoup plus favorables. Actuellement, on arrive à 50 %. Wetterwald donne 45 % pour la césarienne basse. On peut donc conclure que toute femme opérée de césarienne conservatrice peut devenir enceinte.

De tous ces faits se dégage la prédominance du facteur psychique par rapport au facteur physiologique. Mais, répétons-le, ce facteur tend de plus en plus à diminuer lui-même d'importance, du fait de l'amélioration des résultats de l'hystérotomie basse et de la plus grande vulgarisation de l'opération.

b) Gestation

Nous allons voir maintenant comment se comporte l'utérus hystérotomisé pendant une nouvelle grossesse.

Tout d'abord, la section césarienne antérieure est-elle une cause d'avortement ou d'accouchement prématuré?

D'après les statistiques de Gauss en 1924, portant sur 79 cas de femmes devenues enceintes après césarienne abdominale, on trouve que dans 12 cas il y a eu avortement et dans 4 cas accouchement prématuré. Donc la grossesse fut interrompue dans 16 cas, soit dans 20 % des cas.

Une statistique de Wetterwald sur la césarienne basse montre que la grossesse atteint la fin de la gestation dans 89 % des cas. Donc, en fait, il ne semble pas que la césarienne antérieure soit un facteur net d'interruption de grossesse. En comparant les diverses statistiques et en s'inspirant de la thèse de Muhlrاد, on peut conclure que l'avortement est rare, que 75 % des gestations vont à terme et que l'accouchement prématuré, quand il se produit, se fait en général entre 8 mois et 8 mois 1/2 et qu'on l'observe dans 25 % des cas.

Que dire de l'évolution de la grossesse elle-même quand elle n'est pas interrompue? Elle semble évoluer normalement dans la plupart des cas. Les douleurs abdominales sont rares. Liées le plus souvent aux adhérences, c'est par rapport à elles qu'elles seront plus ou moins accentuées. Nous avons vu que dans la césarienne basse les adhérences étaient peu marquées, aussi les douleurs seront-elles exceptionnelles. On a signalé quelques troubles vésicaux, tels que de la dysurie et de la pollakiurie.

Il est intéressant de signaler que dans la césarienne basse, le corps de l'utérus étant dépourvu de toutes adhérences est libre de se développer dans l'abdomen.

On peut encore se demander dans quelle mesure la cicatrice utérine pourra être un facteur de déviation ou de malformation utérine. Dans certains cas, on trouve que l'utérus est dévié, mais c'est un fait qui existe même au cours d'une première grossesse. La possibilité d'une malformation utérine est exceptionnelle avec la césarienne

basse; on pouvait la rencontrer plus fréquemment dans la césarienne corporéale où la cicatrice pouvait être un facteur d'utérus bilobé, le corps utérin étant en quelque sorte bridé par la cicatrice. On a dit aussi que la cicatrice utérine était une cause d'insuffisance des contractions utérines. Ce fait n'est aucunement prouvé.

Pour ce qui est de la paroi abdominale, c'est à propos de l'hystérotomie antérieure le pronostic de toutes les cicatrices abdominales. On peut avoir un certain degré d'antéversion utérine, mais surtout du fait de la distension abdominale par la grossesse, la cicatrice peut être rendue plus douloureuse, elle peut s'amincir et aller jusqu'à l'éventration. Sur nos 108 observations, nous avons un cas d'éventration avec deux césariennes basses dans les antécédents et un autre cas à 4 mois d'une grossesse succédant à une césarienne haute.

Les fistules ne sont pas plus fréquentes dans les opérations itératives que dans les primitives. Dans notre statistique, on relève un cas de fistule utéro-pariétale ayant d'ailleurs succédé à une hystérotomie haute. On voit donc que les accidents tenant à la paroi abdominale sont relativement rares au cours de la grossesse.

Nous allons maintenant envisager la question de la *rupture utérine* au cours de la gestation.

En 1921, dans la *Revue française de gynécologie et obstétrique* de mars, Aubert écrit : « Quelle est la valeur ultérieure, au point de vue obstétrical, d'un utérus césarisé sur le segment inférieur? La rupture utérine est-elle plus à craindre lors d'une grossesse subséquente qu'après la césarienne classique? On a dit que blessé pour blessé, il vaut mieux que l'utérus le soit sur le corps plutôt que sur le segment inférieur. A notre humble avis, cette considération nous paraît être plutôt d'ordre théorique et être une vue de l'esprit, que basée sur une série de faits observés. » Le même auteur dit : « Au contraire, au segment inférieur les conditions sont même meilleures, la

suture étant mieux au repos durant les suites de couches qu'au niveau du corps utérin, où la contraction et le relâchement intermittents de l'organe peuvent avoir une répercussion fâcheuse sur la suture et en faire peu à peu relâcher les points. »

Zweifel sur 31 cas, Doederlein sur 49 cas, Baisch sur 24 cas, enfin Brouha n'ont observé aucune complication dans des opérations portant sur le segment inférieur, et au cours de nombreuses opérations itératives, ils ont pu constater l'intégrité des cicatrices.

Tous les auteurs sont d'accord et toutes les statistiques viennent confirmer le fait que le risque de rupture utérine après césarienne basse est infiniment moindre qu'après la césarienne classique; c'est même un des facteurs qui ont le plus encouragé les opérateurs à abandonner l'hystérotomie haute au profit de la basse.

Phaneuf écrit à propos de la résistance de la cicatrice : « L'incision sur le segment inférieur réduit considérablement la possibilité de rupture de la cicatrice dans les grossesses et les accouchements ultérieurs, parce que le segment inférieur qui ne se contracte pas après l'opération, a beaucoup plus de chances de se réunir dans de bonnes conditions qu'une incision sur le corps de l'utérus. »

Si l'on considère les statistiques de ruptures utérines données au cours de la grossesse, on voit que c'est un accident tout à fait exceptionnel.

Gellé, dans sa thèse, dit qu'en France où la césarienne basse a surtout été réservée aux rétrécissements pelviens et n'a pas eu, de ce fait, à compter avec les particularités de l'insertion basse du placenta, on ne relève pas un cas de rupture utérine sur 1.085 observations.

En fait, dans tous les cas publiés par différents auteurs, il s'agit généralement de fait unique pour des observations multiples. Les cas de rupture utérine consécutifs à une césarienne basse supra-symphysaire constituent l'ex-

ception, alors que dans la césarienne haute, la rupture était un accident toujours à craindre. Ce qui s'explique d'ailleurs assez facilement, l'insertion du placenta se faisant dans la règle au niveau du fond de l'utérus. Et c'est cette insertion placentaire au niveau de la cicatrice qui, dans les suites d'une hystérotomie haute, est une grande cause de déhiscence de la cicatrice utérine. Les statistiques montrent que l'insertion placentaire au niveau de la cicatrice se fait dans 50 % des cas.

Singer, de 1888 à 1909, relève 27 cas de rupture de cicatrices césariennes abdominales classiques après grossesse. Si on entre dans le détail de ces observations, on voit que dans 8 cas le placenta était inséré sur la cicatrice césarienne, 3 fois le placenta était insinué dans la brèche utérine, 6 fois l'œuf était expulsé, 7 fois le placenta se trouvait inséré en dehors de la cicatrice utérine, 3 cas ne sont pas précisés.

Rubin également insiste sur l'influence de l'insertion placentaire sur la cicatrice, la solidité de celle-ci, qu'il s'agisse d'une césarienne haute ou basse, est diminuée du fait de l'insertion du placenta sur la zone cicatricielle lors d'une grossesse ultérieure.

Or, au niveau du corps de l'utérus, le placenta s'insère sur la face antérieure, donc sur la zone d'incision de l'ancienne cicatrice classique dans 50 % des cas (d'après les statistiques de Holland). Sur 51 cas de rupture utérine après césarienne classique, dans 34 cas le placenta était inséré sur la cicatrice. Kustner, sur 84 cas de césariennes classiques opérées dans son service, trouve 48 fois l'insertion du placenta sur la paroi antérieure de l'utérus.

La majorité des statistiques de ruptures utérines indique une insertion placentaire sur la zone cicatricielle dans 40 à 60 % des cas.

Pour la césarienne basse, lors d'une grossesse ultérieure, l'insertion du placenta sur la zone cicatricielle diminue

aussi la résistance de la cicatrice, de même que pour la césarienne classique. C'est ainsi que l'on peut observer la rupture de l'utérus, mais dans la grande majorité des cas, le placenta inséré bas l'est plutôt sur la partie postérieure du segment inférieur et non pas sur la zone cicatricielle. De ce fait, le risque de rupture se trouve considérablement diminué.

On voit donc l'importance de cette insertion placentaire sur la cicatrice.

Un autre facteur réside dans la contractilité du corps utérin. Nous en avons déjà parlé et nous avons vu que les contractions au cours de la grossesse pouvaient faciliter une rupture utérine. Morisson Lacombe, dans sa thèse, a bien étudié la rupture utérine au cours de la césarienne haute. On ne doit la craindre en général qu'à partir du sixième mois. Toute cause augmentant la distension et la pression utérine doit la faire craindre.

Muhlrad insiste sur le fait que la rupture utérine est rare au cours des gestations consécutives à une césarienne basse.

Greenhill, en 1930, publie une statistique où, sur 874 césariennes basses, il ne signale aucune rupture utérine (il y eut 22 accouchements spontanés).

Max Wetterwald a trouvé dans la littérature sur 3.600 observations de césariennes basses, 10 ruptures utérines, soit 0,28 %.

Si nous prenons les conclusions du professeur Brindeau au Congrès de Liège, on voit qu'en fait la rupture utérine est surtout redoutée chez les femmes opérées de césariennes classiques. L'auteur cite les statistiques de Williams en 1916 qui trouve 20 %, de Essen Moeller en 1912 qui donne 14 %, de Holland qui, en 1920, obtient un pourcentage de 14,3 %. En 1920, Couvelaire donne 4 %, Holland, en 1924 rapporte un nouveau chiffre de 3,6 %, enfin

Marioton, en 1911, aboutissait au chiffre de 2,5 %. On arrive donc à une moyenne de 3 à 4 %.

Au contraire, pour la césarienne basse, le pourcentage est bien moins élevé. Nous avons vu les statistiques de Wetterwald (2,8 pour mille). Greenhill, en 1929, trouve 11 cas sur 25.000 césariennes basses.

En fait, il apparaît donc nettement que le risque de rupture est beaucoup plus rare dans l'hystérotomie basse, 10 fois moins environ.

Sur ses 332 observations, M. Brindeau n'a pas observé une seule rupture.

Un point un peu particulier doit être signalé, c'est la prédisposition de la cicatrice à la déchirure quand l'indication opératoire a été un placenta prævia. Ceci ne fait que confirmer l'importance de l'insertion placentaire pour les risques de rupture, comme nous l'avons déjà montré pour la césarienne corporéale.

Rubin, dans sa thèse, a bien insisté sur ce processus. Dans ses conclusions tirées des statistiques de Eardley Hol-land, de Morison Lacombe, de Wilson, de Schumacker et Huber, de Wille, de Dujol et Clément, il admet une proportion de ruptures de 3 à 4 % pour la césarienne classique.

Le même auteur se basant ensuite sur les publications que nous avons données de Max Wetterwald et de Greenhill et sur celles de Hellmuth, d'Harras, de Sussmann, est arrivé à conclure qu'en somme la rupture après césarienne basse est possible, mais qu'elle est un accident rare.

L'étude de ces différentes observations montre que si l'on recherche les causes possibles de ces ruptures, on arrive aux données suivantes :

Dans quelques cas, l'incision était cervico-corporéale (même une observation de Frantz montre qu'il y avait eu une déchirure du corps lors de l'extraction de l'enfant);

c'est pourquoi certains auteurs (Pollak et Fraenkel) conseillent de pratiquer une incision transversale du segment inférieur comme l'a indiqué Munnro Kerr.

Dans 5 cas (sur 17 détaillés), il s'agissait d'un placenta prævia inséré sur l'ancienne cicatrice cervicale.

Dans 4 cas, la première césarienne basse avait été pratiquée pour placenta prævia.

« Donc, parmi les causes qui favorisent la rupture utérine après la césarienne basse, il en est une surtout à craindre, c'est l'existence d'un placenta prævia chez une femme césarisée auparavant, lorsque l'insertion placentaire se fait sur l'ancienne cicatrice. »

Nous terminerons cette question de la rupture utérine par une observation de Marinacci qui est particulièrement intéressante et qui montre le rôle joué par les villosités choriales. L'auteur rapporte le cas d'une femme ayant subi, deux ans auparavant, une hystérotomie sur le fond de l'utérus. Au septième mois d'une nouvelle grossesse, elle présente des entérorragies graves et répétées avec douleurs abdominales. Aucune perte de sang par les voies génitales. Les crises douloureuses vont en augmentant et font porter le diagnostic d'occlusion intestinale. A la laparotomie, on trouve une adhérence intestinale à l'angle de l'ancienne cicatrice césarienne et un repli du grêle qui est coudé. La cicatrice désunie laissait sortir l'œuf. En essayant de détacher l'anse intestinale adhérente, on constate qu'un gros amas de villosités choriales, traversant la paroi utérine, avait usé aussi la paroi intestinale et se montrait dans la lumière du grêle. Ainsi s'expliquait l'entérorragie.

Nous allons maintenant envisager dans quelle mesure la césarienne antérieure peut avoir une *influence sur le fœtus* au cours de la nouvelle grossesse. Pratiquement, il semble que l'opération antérieure n'a aucune répercussion sur son état et sur son degré de maturité. La valeur physiologique des enfants ne paraît diminuée que dans 96 % des cas. Ce qui est en fait très important, c'est

d'intervenir lors d'une nouvelle indication césarienne seulement à terme, donc d'être sûr que le fœtus n'aura pas encore à bénéficier de quelques jours de vie intra-utérine. Nous reviendrons sur ce sujet lorsque nous discuterons de la nécessité ou non de l'épreuve du travail.

On s'est encore demandé l'influence de l'*hystérotomie sur l'allaitement*.

Eyrand, dans sa thèse, étudie la sécrétion lactée chez la femme ayant subi une césarienne classique. Ses conclusions portant sur 52 cas sont les suivantes :

Sécrétion normalement effectuée dans 65 à 70 % des cas;

Léger retard dans 20 % des cas;

Hypogalactie dans 5 % des cas.

Il ne semble donc pas que l'intervention ait quelque influence sur l'allaitement.

On doit aboutir aux mêmes conclusions pour la césarienne supra-symphysaire.

c) Bilan de la femme en vue de la conduite à tenir et du pronostic

Mais ce qui est surtout intéressant en présence d'une femme ayant une grossesse à la suite d'une opération césarienne, c'est de faire un pronostic et de savoir quelle est la conduite à tenir au terme de cette grossesse. Autrement dit, existe-t-il des facteurs qui permettent de prévoir dans quelles conditions l'accouchement pourra s'accomplir?

Tout d'abord, il y a lieu de savoir quelle cause a motivé la première opération césarienne. C'est là un facteur capital de pronostic. Celui-ci sera en effet tout à fait différent suivant la première indication opératoire, et il faut opposer les causes ayant nécessité une intervention césarienne pour ainsi dire « d'urgence », telles que : pla-

centa prævia, éclampsie ou hémorragie rétro-placentaire et celles qui, antérieurement, pouvaient déjà faire prévoir la possibilité d'une intervention, telles que les bassins rétrécis, une présentation transversale ou une tumeur pelvienne.

En effet, dans le premier cas, c'est une cause fortuite, accidentelle en quelque sorte, qui a provoqué la césarienne; il n'y a pas lieu de penser que ces mêmes conditions se reproduiront à la fin d'une nouvelle grossesse. Dans le deuxième cas, au contraire, il existe un facteur plus ou moins permanent de dystocie pelvienne, tout au moins en ce qui concerne le bassin rétréci. Il est évident qu'une présentation de l'épaule ne se reproduira pas forcément ultérieurement et on sait que les tumeurs pelviennes peuvent se trouver modifiées par un premier accouchement, elles peuvent même avoir été traitées lors de la première intervention. Dans ces conditions, l'accouchement peut se passer spontanément.

Il nous faut signaler que parfois certains auteurs peuvent discuter la possibilité d'un accouchement prématuré provoqué en vue d'éviter une nouvelle césarienne chez une femme ayant un bassin touché qui a nécessité antérieurement une hystérotomie.

Il est évident que la perspective de cet accouchement provoqué ne pourra être envisagé que si la césarienne antérieure a été une hystérotomie basse. Ce n'est que dans ces conditions seulement que l'on sera en mesure de provoquer le travail et l'accouchement avant terme, la section basse réduisant au minimum le risque de rupture utérine.

Voilà donc un premier point pour le pronostic; à lui seul il peut déjà permettre de prévoir en partie la nécessité ou non d'une nouvelle intervention, encore une réserve importante doit être faite pour les bassins limites, car on sait l'obligation qu'il y a alors de tenter l'épreuve du travail.

Siegel, sur 42 césariennes basses en dehors des bassins généralement rétrécis, eut 15 grossesses ultérieures et 15 accouchements spontanés; et sur 71 césariennes basses pratiquées pour dystocie pelvienne, il eut 39 grossesses avec 13 accouchements spontanés et 26 césariennes itératives, et ces dernières précisions montrent bien qu'en présence d'une dystocie pelvienne on ne fera pas systématiquement une césarienne itérative, mais que l'on devra parfois tenter l'épreuve du travail.

Wetterwald, dans un article sur l'avenir obstétrical des femmes césarisées, donne 54 observations de femmes opérées antérieurement de césarienne basse; 13 d'entre elles subirent une césarienne itérative qui montra la parfaite restauration du S. I.; une présenta une rupture utérine; les 40 autres ont pu accoucher par les voies naturelles et 34 d'entre elles n'ont plus eu aucune intervention (pour 6 il y eut lieu de pratiquer une application de forceps, mais certaines d'entre elles ont même pu accoucher plusieurs fois).

Brindeau, dans une statistique présentée au Congrès de Liège, eut deux fois un accouchement par les voies naturelles sur 332 césariennes basses, et l'auteur ajoute : « Et cependant, un certain nombre avaient subi l'épreuve du travail, ce qui semble prouver que nous ne pratiquons la césarienne que dans les bassins très rétrécis. »

Mais un autre point est également d'une importance extrême, c'est de savoir si l'opération antérieure a été l'hystérotomie haute ou basse.

Nous avons vu précédemment combien les risques de rupture utérine étaient plus grands avec la césarienne haute qu'avec la césarienne basse. Si donc la femme a subi antérieurement une césarienne classique, le pronostic se trouve, de ce fait, beaucoup moins favorable; la rupture sera beaucoup plus à craindre, l'épreuve du travail sera déconseillée ou tout au moins devra-t-elle être extrêmement sur-

veillée et on se tiendra sur l'expectative armée, prêt à intervenir à la première menace de rupture utérine.

La cause de la première intervention, la technique employée, voilà donc deux facteurs de pronostic essentiels de la césarienne itérative.

Si quelques cas de ruptures ont été observés par Baisch, Opitz, Freund, au dire des auteurs, elles auraient été causées par une technique défectueuse lors de l'opération.

D'autres causes, telles qu'une distension utérine marquée pourraient faire craindre une complication, comme la rupture utérine.

Lichenstein cite, en 1910, un cas où la cicatrice résiste à un hydramnios et déjà à ce moment il pense que la cicatrice sur le S. I. est plus résistante que celle qui est située sur le corps de l'utérus.

Peut-on encore baser le pronostic sur l'état de la cicatrice et est-il possible de l'apprécier?

Parfois, l'interrogatoire sera utile. Les suites n'ont pas été fébriles. S'il n'y a pas eu d'infection, il y a plus de chances pour que la cicatrisation se soit faite par première intention et dans de bonnes conditions. La femme n'a pas souffert depuis son opération, la nouvelle grossesse a très bien été supportée, il n'y a pas de troubles urinaires : tous facteurs qui peuvent faire présumer de l'absence d'adhérences.

Enfin, l'examen même de la femme pourra dans certains cas donner des renseignements utiles : la cicatrice abdominale est souple, non douloureuse, elle ne semble pas adhérente; le toucher montre que l'utérus est mobile, ne présente aucune fixité anormale.

Mais il existe un autre facteur plus important du pronostic : c'est le nombre de césariennes antérieures. Il est bien évident que le pronostic devra être plus réservé s'il y a eu plusieurs interventions successives. C'est ainsi que pour Siegel, la mortalité croît avec la répétition de l'opé-

ration, 11 % à la deuxième, 28 % à la troisième césarienne.

Toutes ces indications étant tirées de l'interrogatoire et de l'examen de la femme, est-il possible de savoir si elle pourra subir l'épreuve du travail?

Tout d'abord, un certain nombre de faits éliminent d'emblée cette possibilité :

Paroi abdominale très mauvaise (éventration);

Bassin généralement rétréci;

Césariennes antérieures multiples.

Mais dans tous les cas où la nécessité d'une nouvelle intervention n'est pas obligatoire et où on peut avoir l'espoir d'un accouchement spontané, certains facteurs permettent d'estimer par avance l'épreuve du travail.

Muhlrad qui a étudié la valeur physiologique de l'utérus césarisé dit qu'elle ne serait pas diminuée dans 87 % des cas. Il ajoute que la valeur dynamique d'un tel utérus est fonction :

De la qualité de l'ancienne cicatrice du S. I.;

De la solidité du S. I.;

Des adhérences utéro-pariétales, péritonéales et vésicales.

Or, parmi ces facteurs, il est évident que nombre d'entre eux sont difficiles à apprécier et Muhlrad conclut : « En face d'une femme à terme et ayant subi antérieurement une césarienne basse, nous ne pouvons pas porter un pronostic certain de la parturition en nous basant sur les conditions et les suites opératoires de la première césarienne. »

Et pour la plupart des auteurs, si la grossesse consécutive à une opération césarienne basse ne présente dans la règle rien d'anormal, on ne remarque pas non plus de travail prématuré, et il n'existe que des cas tout à fait

exceptionnels de rupture utérine, aussi bien durant la grossesse que pendant le travail.

Et ainsi nous nous trouvons amenés à étudier le travail lui-même.

III. — LE TRAVAIL

On peut d'abord se demander si l'épreuve du travail doit être tentée sur un utérus hystérotomisé?

De Lee, Nadelhoffer et Greenhill écrivent : « Il semble que la restauration anatomique parfaite de l'utérus ne soit pas nécessaire pour l'épreuve du travail. Il suffit d'une bonne cicatrice. Dans la littérature mondiale (25.000 cas environ), il n'y a que 12 cas de signalés dans lesquels est survenue une rupture de la cicatrice cervicale. Toutes ces femmes étaient en plein travail et seulement deux des mères moururent. Comparez ces chiffres avec ceux de la césarienne classique, avec son pourcentage élevé de ruptures pendant la grossesse, notez aussi le pourcentage encore plus élevé de ruptures durant le travail et la grande mortalité dans les deux cas. »

On voit donc que l'épreuve du travail peut être tentée sans crainte lors d'une grossesse consécutive à une opération césarienne basse.

Mais qu'entend-on par épreuve du travail?

Cette question, Danforth et Grier se la posent dans le journal américain d'obstétrique et de gynécologie, à propos d'une statistique de 50 opérations dont 30 furent faites après épreuve du travail : « C'est difficile à dire, écrivent les auteurs; il semble que l'on puisse admettre col dilaté, membranes rompues, bonnes douleurs à intervalles ne dépassant pas cinq minutes pendant au moins une heure. » C'est en effet un problème très difficile à résoudre et si on consulte les différents auteurs, on s'aperçoit que les avis

ne concordent pas, non seulement pour la définition, mais encore sur les conditions d'application et il y a une grande opposition entre les partisans de l'épreuve du travail et ceux qui au contraire pratiquent la césarienne prophylactique sans qu'intervienne aucune épreuve du travail.

Dormay, dans sa thèse sur l'épreuve du travail dans les bassins limites, la définit ainsi : « C'est une expectative volontaire, raisonnée, étudiée mais armée, pratiquée dans l'intérêt de la femme et au cours de laquelle on suit les phases du conflit entre les forces qui s'opposent : résistance osseuse anormale d'une part (élément statique), puissance utérine et réductibilité de la tête d'autre part (éléments dynamiques). Suivant l'issue de ce conflit, on assistera à l'accouchement spontané ou bien il faudra intervenir. »

Mais nous voulons surtout avoir en vue l'épreuve du travail chez une parturiente ayant déjà subi une hystérotomie et dans ce cas les conditions d'application se trouvent modifiées. Il est évident que l'on agira différemment et que l'on pratiquera moins longtemps l'épreuve du travail dans les cas de césarienne itérative; les éléments anatomiques différents, la crainte de certaines complications vont influencer les indications opératoires.

Il est cependant de la plus haute importance de tenter l'épreuve car elle a bien souvent donné les meilleurs résultats et nombre de femmes chez lesquelles on aurait été tenté de pratiquer une opération césarienne systématique ont pu accoucher spontanément après épreuve du travail.

Brouha, en étudiant 94 accouchements dans des bassins rétrécis, a trouvé que dans 60 cas, l'accouchement s'était terminé spontanément, que donc dans $\frac{1}{3}$ des cas seulement après l'épreuve du travail, on avait pratiqué une opération césarienne. Et si dans les statistiques de Brouha on ne tient compte que des bassins limites (c'est-à-dire ceux compris entre 8 cm. 5 et 9 centimètres de diamètre promonto-pubien minimum), on voit que sur 39 cas il y

a eu 19 césariennes pour 20 accouchements normaux, ce qui montre que dans plus de la moitié des cas l'accouchement s'est effectué spontanément.

Brindeau également insiste sur l'importance de l'épreuve du travail bien conduite, et on peut lire dans la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de Paris : « Parmi les femmes à bassin limite, chez lesquelles il est impossible d'établir un pronostic pour l'accouchement, certaines accouchent spontanément après une longue période d'un travail laborieux, tandis que l'expulsion ou l'extraction du fœtus par les voies naturelles reste impossible pour les autres. La césarienne prophylactique précoce devient inutile à pratiquer chez les premières avant ou peu après le début du travail. »

De même, Shickelé à propos des bassins limites dit : « En supposant que la césarienne prophylactique ait été pratiquée dans tous les cas, avec le maximum de garantie, on ne peut nier qu'elle eût entraîné encore un certain nombre de morts. Nous croyons rester au-dessous de la vérité en disant que là où un partisan intégral de la césarienne classique prophylactique aurait pratiqué cent interventions, un adepte éclairé de la césarienne basse tardive n'en aurait pratiqué que 75. Par conséquent, les risques de mortalité ne seraient courus que chez 75 femmes dans la deuxième alternative, contre 100 dans la première. Il nous semble que ce n'est pas là un mince avantage de la césarienne basse. »

Mais tous ces faits s'adressent à la césarienne primitive et la question que nous devons nous poser, c'est : dans quelles conditions, chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne, on doit pratiquer l'épreuve du travail, c'est-à-dire discuter si celle-ci doit être systématiquement faite avant toute intervention ou si, au contraire, on doit faire une césarienne sans épreuve du tra-

vail, réalisant ainsi l'opération prophylactique préconisée par certains auteurs (Bar).

Nous envisagerons tout d'abord les avantages et les inconvénients de la césarienne prophylactique sans épreuve du travail. Nous étudierons ensuite dans les mêmes conditions la césarienne itérative après épreuve du travail.

1°) Avantages et inconvénients de la césarienne prophylactique, ses indications

Pour une césarienne itérative, ce sont évidemment les mêmes avantages que pour une femme opérée pour la première fois; parmi eux, deux dominent : c'est, d'une part, l'absence d'infection, d'autre part *les conditions opératoires* meilleures.

La présence ou non d'infection est en effet le gros facteur pronostic de l'opération césarienne. Nous avons montré déjà que son importance s'était trouvée diminuée du fait de la substitution de la césarienne basse à l'hystérotomie haute.

Mais à partir de quel moment peut-on dire que l'œuf est infecté?

Pour Bar, toute femme en travail depuis quelque temps doit être considérée comme suspecte d'infection.

On peut alors se demander à quel moment il faut intervenir pour éviter l'infection. Si le début du travail marque pour certains le point de départ de l'infection, on devra donc intervenir avant tout début de travail. Mais on peut alors objecter que l'on risque d'intervenir avant que la grossesse soit tout à fait à terme; et il y a aussi la crainte d'une hémorragie par inertie utérine en intervenant avant le début du travail.

L'autre grand avantage de l'opération césarienne prophylactique, c'est d'opérer dans d'excellentes conditions des femmes qui ont été préparées à l'intervention depuis quelque temps; le jour, l'heure même de l'opération ont été

fixés, ainsi on se trouve dans les meilleures conditions opératoires.

C'est là le même facteur qui joue pour le pronostic des opérations césariennes d'urgence et des opérations césariennes après l'épreuve du travail.

Comme le dit Grosse : « Les césariennes tardives d'urgence sont exécutées après un travail plus ou moins long chez des femmes pour lesquelles cette éventualité n'a pas été envisagée d'avance et qui n'ont pas été préparées; femmes à bassin rétréci ou atteintes d'une tumeur proëvia amenées à l'hôpital ou auprès desquelles on est appelé parce que l'accouchement par les voies naturelles est impossible, et le plus souvent après l'échec des moyens obstétricaux par voie basse; femmes présentant au cours d'un travail laborieux une complication grave telle que menace de rupture utérine, présentation irréductible de l'épaule, procidence du cordon. » Ici, le risque d'infection est donc indiscutable chez cette parturiente qui, le plus souvent, a subi plusieurs touchers, et « des touchers qui souillent », comme dit Jeannin.

Il n'en est pas de même lorsque l'on pratique l'épreuve du travail. On peut avoir prévu de longue date et avoir préparé l'hystérotomie tardive chez une femme à laquelle on veut laisser courir la chance d'un accouchement par les voies naturelles et chez laquelle on n'intervient par voie abdominale qu'après constatation de l'impossibilité d'extraire l'enfant vivant par les moyens obstétricaux habituels. C'est le cas des bassins limites où la situation ne se juge souvent qu'après dilatation complète et après rupture des membranes. Cette intervention tardive est d'autant plus indiquée, d'autant plus suivie de succès qu'elle aura été envisagée par avance, et que la femme préparée en vue de cette éventualité aura été traitée par des moyens en rapport avec la possibilité d'une infection toujours à craindre, *avant tout accouchement par les voies naturelles*.

En résumé, craintes d'infection réduite au minimum,

conditions opératoires excellentes, tels sont les avantages principaux de la césarienne prophylactique.

Par contre, on peut lui reprocher d'être la cause d'un accouchement prématuré, d'enlever à la femme toute chance d'un accouchement spontané.

Quelles seront donc les conditions dans lesquelles pourront se poser les indications d'une opération prophylactique? Il est évident que dans certains cas on ne pratiquera pas une épreuve du travail : s'il s'agit par exemple d'une femme ayant subi des césariennes antérieures multiples et chez laquelle on veut pratiquer une ligature des trompes, ou encore d'une femme présentant un très mauvais état général, ou une grosse disproportion fœto-pelvienne, ou surtout si dans les antécédents obstétricaux on relève la présence d'opérations césariennes classiques ayant eu des suites opératoires plus ou moins fébriles. Nous avons vu combien la section du corps utérin offrait des garanties minimales par rapport à la section cervicale et combien l'infection était un facteur de moindre résistance des sutures. Mais si, dans ces cas, on ne fait pas une épreuve du travail, même réduite, par crainte des complications graves, cependant il est à conseiller d'attendre le début du travail pour intervenir. Ainsi, on ne craindra pas l'infection, tout en étant sûr d'opérer une grossesse parvenue à son terme.

Ce que Brindeau écrit sur une première opération césarienne reste vraie pour une itérative : « Pendant longtemps nous opérions avant le début du travail, maintenant nous attendons presque toujours les premières contractions douloureuses ou la rupture des membranes. »

En fait, nous ne pouvons pas nous empêcher de constater que, dans la pratique, on attend le début du travail pour opérer.

2° Avantages et inconvénients de la césarienne après l'épreuve du travail.

Ici encore, la césarienne itérative bénéficiera des avantages qui incombent à une première section césarienne après épreuve du travail.

Ce n'est en effet qu'au cours de l'épreuve du travail que se révéleront deux facteurs capitaux de l'engagement : le degré de malléabilité de la tête fœtale et la valeur de la contraction utérine.

Autrefois, avant la césarienne basse, l'épreuve du travail devait être réduite au minimum par crainte de l'infection, maintenant la section basse permet une plus large épreuve du travail; elle a reculé la limite des possibilités opératoires, permettant d'opérer des cas suspects et même légèrement infectés (dans les cas impurs la césarienne basse reste souvent encore l'opération de choix).

Cependant, on a pu reprocher à l'épreuve du travail d'être une cause d'infection. Risacher a pratiqué des examens bactériologiques pour déterminer l'état de l'œuf au moment de l'intervention. Il a montré que si celle-ci a lieu dans les deux heures qui suivent le début du travail, les risques d'infection ne sont pas plus considérables que dans la césarienne prophylactique et on est sûr de cette façon de ne pas nuire à l'enfant en pratiquant une opération prématurée.

Mais peut-on facilement apprécier le degré d'infection et sur quels éléments se baser?

La question de temps n'est pas seule en cause; elle a en fait bien souvent une importance minime, bien que l'on doive toujours se rendre compte de l'état d'épuisement possible de la malade, qui, la rendant moins résistante, favorise ainsi l'infection. Le degré d'ouverture de l'utérus entre aussi en jeu, mais surtout il est de la plus haute importance de préciser l'heure de la rupture des membranes.

Il faut encore tenir compte de l'état local du tractus vulvo-vaginal, du nombre et de l'origine des touchers que la parturiente a pu subir, enfin les essais d'extraction par voie basse sont généralement un fâcheux élément de pronostic au point de vue de l'infection possible. Enfin, on

n'oubliera pas de prendre toujours régulièrement la température.

On voit donc que le risque d'infection ne doit pas faire écarter systématiquement l'épreuve du travail.

Mais l'objection fondamentale qui peut être apportée, c'est le risque de la rupture utérine. C'est la crainte de celle-ci qui est le meilleur argument des partisans de la césarienne prophylactique.

Voyons donc si la rupture est tellement à craindre et dans quelle mesure son risque peut empêcher l'épreuve du travail. Là encore, il nous faut insister sur l'importance capitale d'une section basse sur le segment inférieur dans les antécédents de la femme, sur la technique employée et sur les suites opératoires. Encore devons-nous signaler que certaines femmes césarisées ayant présenté des suites fébriles, ont pu ultérieurement accoucher spontanément dans les meilleures conditions. La fréquence des accouchements spontanés qui ont été signalés ultérieurement à une opération césarienne, est un élément en faveur de l'épreuve du travail.

« Lors des accouchements spontanés qui suivirent une césarienne, nous n'avons jamais eu d'accidents, presque toutes nos femmes ont de nouveau accouché chez nous et je ne puis vous signaler aucune complication survenue qui serait due à la césarienne. Nous n'avons notamment jamais eu de rupture de la cicatrice utérine. » (Labhart, de Bâle.)

Déjà, en 1910, Olow écrivait qu'il connaissait 30 cas de césariennes basses dans lesquelles la cicatrice s'était montrée résistante lors des accouchements ultérieurs.

Dobroschke, dans une thèse parue à Breslau en 1913, a réuni les observations de 20 femmes qui ont subi la césarienne basse et à qui on fait la césarienne itérative après une durée de travail allant de 6 heures 1/2 à 41 heures. Dans tous les cas, la cicatrice cervicale fut résistante et les vérifications opératoires ont constaté la solidité de la cica-

trice, que la grossesse soit survenue tôt ou tard après la première opération (entre 11 mois et 33 mois et demi).

D'après Holland, le rapport entre le nombre des ruptures utérines et le nombre des accouchements spontanés chez des femmes qui ont subi antérieurement la césarienne classique, est de 1 à 4; et d'après Wetterwald, ce même rapport après césarienne basse est de 3 à 100. On voit donc qu'il est de 25 % pour la césarienne haute et de 3 % pour la césarienne basse.

Mais il est particulièrement intéressant de noter que dans les cas de grossesse consécutifs à une césarienne haute ou basse, si une rupture survient, c'est toujours au niveau de la cicatrice corporéale.

Wolf a présenté une observation d'une femme césarisée une première fois par le procédé classique, une deuxième fois par une section supra-symphysaire et qui, au cours d'une troisième grossesse, a présenté une rupture utérine qui siégeait au niveau de la cicatrice haute, la basse étant intacte.

Baisch également, signale le cas d'une femme ayant subi une césarienne fundique et une césarienne basse, une rupture utérine fut observée au cours d'une troisième grossesse et elle siégeait au niveau de la cicatrice corporéale.

Enfin, Kustner a publié un cas où consécutivement à une incision césarienne faite à cheval sur le fond et le segment inférieur, on voit une rupture se produire uniquement sur le corps.

Dans nos 108 observations personnelles, nous relevons seulement 2 cas de ruptures utérines et les deux fois elles furent consécutives à une section césarienne haute.

Certains facteurs peuvent faire craindre plus particulièrement l'essai d'une épreuve du travail; c'est ainsi qu'une femme présentant de l'hydramnios devra être sérieusement surveillée. On devra également proscrire certaines inter-

ventions, telles qu'une version par manœuvres internes ou encore l'usage de l'hypophyse : Max Wetterwald cite à ce propos une observation particulièrement intéressante parmi les statistiques de 101 femmes qui subirent une césarienne basse et dont 26 ultérieurement présentèrent des accouchements spontanés (dont 9 un an après la césarienne). Voici l'observation :

Césarienne basse remontant à 5 ans. Au cours du deuxième accouchement, le médecin pratique une injection hypophysaire et fait un forceps. Signe de rupture utérine. Laparotomie qui montre une rupture du S. I. au niveau de l'ancienne cicatrice. Mort de la femme. L'examen microscopique de la pièce montre l'existence d'un bon tissu cicatriciel.

Donc, en dehors de certains cas nets, tels que : urgence opératoire ne permettant pas d'attendre; bassin très touché avec grosse disproportion fœto-pelvienne; césarienne antérieure siégeant sur le corps (et encore, dans ces deux dernières éventualités, on attendra le début du travail), on devra toujours tenter l'épreuve du travail. Comme l'a dit Brindeau, « les femmes peuvent subir l'épreuve du travail sans grand danger » et les observations et les statistiques sont là pour montrer le bien fondé de cette opinion.

Gaifami cite 11 cas de césarienne itérative dans lesquels la cicatrice se montra fonctionnellement solide et résista à un travail prolongé.

Dobroschke, sur 20 femmes opérées, relève 20 grossesses ultérieures, 20 fois on opère après un travail allant de 6 à 41 heures. Dans tous les cas, la cicatrice se montra solide.

Bumm provoque cinq fois chez des femmes hystérotomisées sur le S. I. un accouchement prématuré sans incident du côté de la cicatrice.

Enfin, dans un cas de Lichenstein, la femme fut délivrée par version de deux jumeaux vivants, après 40 heures de travail.

Dans plusieurs autres cas, la cicatrice a résisté à 9, 12, 28 heures de travail.

Dans ces conditions, on voit que l'épreuve du travail doit toujours être tentée avant d'intervenir. On en tirera le plus souvent les meilleurs avantages et on peut conclure avec Hauch : « Je n'ai pas peur de l'épreuve du travail bien surveillée avant la césarienne éventuelle, même si c'est une césarienne répétée, mais je serais naturellement plus disposé à faire l'opération et à la faire plus tôt quand il y a, avec une dystocie pelvienne, une présentation défavorable de la tête. »

Quelle est donc la conduite à tenir chez une femme déjà césarisée pour laquelle on pratique une épreuve du travail ?

On la surveillera attentivement, surtout s'il existe certains facteurs prédisposant à la rupture, tels que distension utérine, travail prolongé, césarienne haute antérieure.

On pourra faire un forceps pour terminer l'accouchement en évitant ainsi à la femme les efforts d'expulsion.

On se gardera de faire de l'expression; pas d'injection d'hypophyse, pas de version par manœuvres internes. Il est évident que tous signes de souffrance fœtale (modification des B. d. C., liquide teinté) devront interrompre l'épreuve du travail et faire intervenir d'urgence. Certains auteurs conseillent, la délivrance une fois terminée, de pratiquer une révision utérine et de vérifier l'état de la cicatrice.

En ce qui concerne l'épreuve du travail dans les césariennes itératives, nous pouvons citer la phrase de Rheuter que signale Rouault dans sa thèse : « La sécurité utérine plus grande que donne la césarienne basse, milite aux accouchements ultérieurs, en faveur d'une épreuve du travail dont l'issue pourra parfaitement différer de la conduite tenue lors du premier accouchement. »

Enfin, dans les cas impurs, la technique de la césarienne trans-péritonéale basse réalise un progrès sur celle de la haute, ceci ne fait aucun doute. Cependant, il n'en est pas moins vrai que pratiquée tardivement, après rupture an-

cienne des membranes, après l'épreuve du travail prolongé, cette intervention devient une opération de nécessité dont elle présente fatalement les tares. Elle n'est plus alors l'opération idéale permettant de faire face à toute éventualité. Dès que l'œuf est infecté, elle donne un déchet, certes moins important que celui-ci de la césarienne haute, mais qui existe pourtant. Néanmoins, la section basse permet de reculer les limites de l'opérabilité.

IV. — LA CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Nous n'aurons surtout en vue que les opérations césariennes supra-symphysaires consécutives à une hystérotomie basse.

Aussi allons-nous d'abord éliminer la césarienne basse succédant à une section haute classique.

Il n'y a pas grand'chose de particulier à signaler si ce n'est la fréquence des adhérences qui peuvent, dans certains cas, gêner la seconde intervention.

Dans nos 108 observations, nous avons 48 cas de césarienne basse consécutive à une césarienne haute : 17 fois, il y avait des adhérences avec la paroi, ce qui fait donc, dans un tiers des cas : 18 fois des adhérences avec l'épiploon et 6 fois avec l'intestin. Dans 4 cas, il y avait une symphyse utéro-pariétale et dans 3 cas des adhérences avec la vessie. Sur les 48 opérations, 9 fois seulement il n'y eut aucune adhérence, ce qui fait donc un pourcentage de 20 %.

En réalité, jamais les adhérences ne furent assez importantes pour gêner l'opérateur d'une façon notable; seulement, dans certains cas, le décollement du péritoine fut rendu difficile et ultérieurement, la péritonisation fut atypique.

Mais il faut insister sur le fait que bien souvent les adhérences du fond de l'utérus, principalement avec l'intestin,

peuvent passer inaperçues lors de la section basse, aussi une extériorisation de l'utérus est-elle nécessaire : « Nous ferons remarquer, dit Brindeau, qu'il est indispensable, lorsque l'opération est terminée, d'extérioriser le corps utérin pour voir s'il n'existe pas d'anciennes brides cicatricielles sur lesquelles l'intestin pourrait s'étrangler. » Et sur une statistique de 25 césariennes basses pratiquées après césariennes corporéales, l'auteur dit qu'il eut à sectionner de telles brides dans trois opérations itératives.

Nous insisterons davantage sur la césarienne basse itérative à une césarienne supra-symphysaire.

Actuellement, la césarienne basse itérative après césarienne basse a déjà été pratiquée un nombre de fois suffisant pour se faire une opinion. Et les statistiques concordent pour montrer l'excellence des résultats obtenus.

Indications opératoires

Dans l'immense majorité des cas, la répétition de la césarienne a comme principale indication un rétrécissement du bassin. C'est dans ces cas surtout où on est amené à pratiquer une opération itérative, le bassin ayant déjà fait une première fois la preuve de son insuffisance.

Nous avons vu pourtant que l'épreuve du travail peut même dans certains cas être tentée lorsque l'enfant n'est pas trop volumineux et que la disproportion fœto-pelvienne semble peu marquée. Il sera toujours très important de s'enquérir auprès de la femme du poids des enfants précédents.

Cependant, même tentée, cette épreuve du travail devra être de courte durée. Si la première césarienne a été pratiquée pour un placenta prævia ou pour une crise d'éclampsie, il est juste, lors d'une nouvelle grossesse, de laisser à la femme la possibilité d'un accouchement spontané. Dans ce cas, on suivra avec beaucoup d'attention la

marche du travail, en se tenant prêt à agir à la moindre alerte.

Parmi nos 108 observations personnelles, nous trouvons comme indications :

- 99 bassins généralement rétrécis;
- 1 placenta prævia;
- 1 présentation de l'épaule dans bassin généralement rétréci;
- 1 luxation congénitale de la hanche droite;
- 1 luxation double de la hanche;
- 1 scoliose dorso-lombaire;
- 1 présentation transversale;
- 1 bassin de Nœgelé avec gémellaire;
- 1 cas de tumeurs osseuses généralisées;
- 1 sacro-coxalgie.

Nous voyons que le rétrécissement du bassin domine les indications opératoires (99 sur 108). Il est intéressant de comparer ces statistiques avec celles de De Lee, Nadelhoffer et Greenhill. Ils publient 718 cas parmi lesquels 82 femmes furent opérées pour la deuxième fois, 8 pour la troisième fois et 1 pour la quatrième fois.

Les indications *pour la première section* furent, dans 83 cas :

- 69 fois, un bassin rétréci (soit 83,1 % et, dans 14 cas;
- 6 fois pour toxémie;
- 2 fois un décollement placentaire;
- 1 fois un placenta prævia;
- 1 fois un utérus fibromateux;
- 1 fois une agglutination du col;
- 2 fois affection cardiaque;
- 1 fois menace de rupture utérine.

Les indications *pour la deuxième césarienne* furent les mêmes dans les 69 cas de bassin rétréci.

Pour les 14 autres cas, les nouvelles indications furent les suivantes :

Des 6 cas de toxémie, 2 furent opérés pour la même cause, 1 pour disproportion céphalo-pelvienne, 2 pour menace de rupture utérine, 1 « élective ».

Pour les deux cas de décollement placentaire, lors de la nouvelle intervention, un fut opéré après 48 heures d'épreuve du travail, l'autre « élective ».

La même chose que ce dernier cas pour le placenta prævia et la menace de rupture utérine.

Quant à l'utérus fibromateux, à l'agglutination du col et aux deux affections cardiaques, ces mêmes conditions se retrouvèrent pour la deuxième césarienne.

Enfin, les indications *pour la troisième et la quatrième césarienne* furent toujours : bassin rétréci.

Soins pré-opératoires

Ils ont une certaine importance.

La femme aura reçu un lavage intestinal la veille de l'opération; si celle-ci était faite d'urgence, on ne donnerait pas d'entérolyse. Elle sera sondée minutieusement, immédiatement avant l'opération; cette précaution est d'une extrême utilité car nous avons déjà vu combien la présence de la vessie pouvait être un écueil opératoire. On prendra toujours la tension artérielle (intérêt pour le choix de l'anesthésie).

Anesthésie

On peut choisir entre trois méthodes :

1° *Anesthésie locale*, à la novocaïne; elle a été préconisée par certains auteurs. J. B. de Lee l'emploie avec succès dans 60 % des cas.

2° *Anesthésie générale*. Elle est assez communément employée. On fait usage de préférence du mélange de Schleich (l'anesthésie pouvant être commencée au chlorure d'éthyle).

Cette anesthésie générale présente des avantages chez certaines femmes pusillanimes ou nerveuses chez lesquelles on ne peut faire usage de l'anesthésie locale ou régionale. Mais le gros reproche qui peut lui être fait, c'est de rendre l'opération extrêmement sanglante; et si l'on consulte les différents comptes rendus opératoires, on s'aperçoit de la fréquence des hémorragies au cours de l'opération pratiquée sous anesthésie générale.

3° *Anesthésie rachidienne*. Préconisée par Brindeau, elle est presque exclusivement employée à la Clinique Tarnier, sauf contre-indications spéciales.

Dans nos 108 observations de césarienne itérative, on remarque que 78 fois la rachi-anesthésie a été employée avec succès. Dans 12 cas, on fut obligé de compléter par une anesthésie générale (éther, schleich ou balsoforme). Deux fois on fit usage du chloroforme chez des femmes atteintes de bacillose pulmonaire. 18 fois on utilisa l'anesthésie générale (femmes pusillanimes, échec de la rachi, cypho-scoliose, scoliose dorso-lombaire).

L'usage de la rachi-anesthésie est en effet extrêmement important dans l'opération césarienne. Non seulement on évite le *shock* dû à toute anesthésie générale, mais encore elle rend l'opération exsangue, ce qui est d'un intérêt primordial. Quand on consulte les diverses statistiques, on s'aperçoit combien l'hémorragie est rare avec ce mode d'anesthésie. Raymond Mahon, dans sa thèse, a bien montré l'action de l'anesthésie rachidienne sur le corps utérin. Voici ce qu'il dit : « Pour étudier la rétractilité de l'utérus après rachi-anesthésie, il est une intervention obstétricale qui a toute la valeur d'un fait expérimental : c'est l'opération césarienne. Quiconque a vu pratiquer diverses césariennes, soit corporéales, soit segmentaires, d'une part à l'anesthésie générale ou locale et d'autre part à l'anesthésie rachidienne, ne peut garder aucun doute dans son esprit. Brindeau, le premier, a attiré

l'attention sur ce fait qu'Audibert et Estienny soulignaient encore récemment. Après rachi-anesthésie, dès l'ouverture de la paroi abdominale, l'utérus paraît dur, globuleux, rétracté; à l'incision, la tranche de section utérine est épaisse, les bords en sont éversés, la perte de sang est réduite dans des proportions invraisemblables. »

L'auteur cite quelques statistiques et conclut de la façon suivante en comparant l'anesthésie rachidienne à l'anesthésie générale.

	Rachi-anesthésie	Anesthésie générale
Hémostase très bonne	73 %	15 %
— moyenne	27 %	20 %
— mauvaise	0 %	65 %

Enfin, un peu plus loin, l'auteur écrit encore : « D'autre part, en dehors de la césarienne, il suffit de palper le globe utérin dans les minutes qui suivent un accouchement et une délivrance pratiqués sous rachi-anesthésie, pour constater que la rétractilité est vraiment à son maximum. Nous pensons donc que la rachi-anesthésie, non seulement respecte la rétraction de l'utérus, comme le dit Delmas, mais encore qu'elle la renforce de façon considérable, comme le soutiennent Doleris et Malartic, Brindeau et Lantuejoul. » En somme, tout se passe comme si la rachi-anesthésie augmentait la rétractilité de l'utérus.

Chapuliot, dans sa thèse, insiste également sur l'action de la rachi-anesthésie préconisée par M. Brindeau. Celle-ci provoque une rétraction utérine marquée qui limite elle-même notablement le saignement de l'utérus, éclaircissant d'autant le champ opératoire. Cette rétraction est si nette qu'elle peut parfois, dans la présentation du siège, créer de légères difficultés à l'extraction de la tête dernière.

Grâce à la rachi-anesthésie, on obtient de plus un relâchement musculaire complet en ce qui concerne les fibres striées, les fibres lisses ne sont pas touchées. La rétraction

du corps utérin est parfaite car il reste sous la dépendance de l'innervation sympathique et de ses ganglions pariétaux, tandis que le S. I., paralysé, reste flasque.

Enfin, nous savons que l'hémorragie étant moins marquée, le schock est beaucoup moins accusé.

Cependant, à tous ces avantages si réels, il faut opposer quelques inconvénients qui font rejeter par certains l'emploi de la rachi-anesthésie : c'est la possibilité de quelques troubles qui peuvent survenir ultérieurement, en particulier la présence de céphalées persistantes, de paralysies des membres inférieurs le plus souvent fugaces, mais qui peuvent être définitives. La mort subite ne se produirait pas plus fréquemment qu'avec les autres anesthésiques, le chloroforme en particulier.

Au point de vue de la technique, nous signalerons celle qui est généralement employée à la Clinique Tarnier : injection intra-rachidienne de 2 centimètres cubes d'une solution isotonique de novocaïne à 8 %, après léger barbotage et une évacuation très minime de liquide céphalo-rachidien. On fera immédiatement après la rachi-anesthésie, une injection intra-veineuse de 5 centimètres cubes d'une solution camphrée. On ne mettra pas trop rapidement la femme en position déclive. Un aide se tenant auprès de la malade surveillera son facies durant toute l'opération.

D'autres reproches peuvent encore être faits à cette méthode : c'est d'abord l'échec possible de l'anesthésie, même si l'injection a été correctement faite; ensuite, la ponction lombaire est dans certains cas impossible, souvent du fait que la femme présente une déformation du squelette ou que la présence de graisse empêche l'injection.

Cette impossibilité de pratiquer la ponction lombaire existerait pour Brindeau dans 7 à 8 % des cas.

Cependant, malgré ces critiques, l'emploi de la rachi-anesthésie est à conseiller de la façon la plus absolue toutes les fois qu'il sera possible de la faire. Grâce à elle, l'hé-

morragie est considérablement diminuée au moment de l'intervention, et ceci rend la suture plus aisée, car elle ne sera pas faite à l'aveugle; elle sera de plus de meilleure qualité car la plaie ne sera pas distendue par l'hémorragie et se cicatrisera plus facilement. Enfin, il ne se formera pas de ces petits hématomes pariétaux qui peuvent compromettre la solidité de la suture et être le point de départ d'une infection.

Comme le dit Odagesco : « L'absence d'hémorragie intra-utérine pendant l'opération et quelquefois après, est un des facteurs qui comptent le plus pour l'avenir de la cicatrisation de la plaie utérine. »

L'opération itérative

Incision de la paroi. — Elle a une certaine importance lors d'une césarienne itérative. La possibilité d'adhérences crée toujours un danger lors de l'ouverture de la paroi, aussi celle-ci devra toujours être faite avec beaucoup d'attention et en prenant de grandes précautions. Les adhérences seront plus particulièrement à redouter si la première intervention a été pratiquée dans un cas impur.

De Lee et Greenhill dans leur article sur la césarienne itérative, insistent sur le soin à apporter à l'incision lors d'une deuxième intervention. Il faut en effet toujours craindre, si rares soient-elles, les adhérences.

Si l'opération antérieure a été une césarienne supra-symphysaire, il sera préférable d'inciser assez haut, là où il y aura peu de chance de rencontrer des adhérences péritonéales. Tous les degrés d'adhérences sont possibles, depuis le cas minimum avec une légère adhérence péritonéale, jusqu'au cas maximum où l'on rencontre une symphyse utéro-pariétale. Parmi nos 52 cas de césariennes basses itératives, nous relevons un seul cas de symphyse utéro-pariétale. Dans 3 cas, il y eut des adhérences légères avec la paroi. Nous avons déjà vu la question de la résec-

tion de la cicatrice cutanée. Son exérèse ayant surtout un intérêt esthétique. L'incision transversale de Pfannenstiel n'est guère utilisée en France.

Il est une question particulièrement importante sur laquelle nous voulons insister, c'est le danger que constitue la vessie lors de l'ouverture de la paroi. Même après sondage, il arrive d'observer des vessies qui remontent anormalement haut et qui risquent d'être lésées lors de l'intervention; c'est pourquoi nous conseillons d'inciser la paroi avec précaution, plan par plan, et d'ouvrir le péritoine vers le haut, en dessous de l'ombilic, ainsi on évitera une lésion vésicale qui constitue une complication toujours grave. A plus forte raison, il aura été sage d'ouvrir le péritoine à la partie supérieure de l'incision toutes les fois où il existait des adhérences vésicales. Nous avons vu que c'était parmi les adhérences celles qui pouvaient s'observer avec une certaine fréquence dans les suites d'une césarienne basse. L'abdomen une fois ouvert, on est en mesure d'observer la disposition des adhérences et de voir dans quelle proportion elles peuvent gêner l'hystérotomie.

De Lee, Nadelhoffer et Greenhill donnent une statistique de 718 cas de « laparotrachelotomy ». Parmi eux, des césariennes itératives furent faites, dans 82 cas, pour la deuxième fois. Dans 8, pour la troisième fois et dans 1, pour la quatrième fois. Pour les 82 cas, à la deuxième intervention, les auteurs trouvèrent une hernie et des adhérences dans 40 % des cas; elles étaient très minimes, entre l'utérus et l'épiploon, entre celui-ci et la paroi abdominale, entre le péritoine et l'utérus. Pour les 8 cas de la troisième intervention, ils eurent des adhérences cinq fois. Enfin, il n'y avait aucune adhérence pour le seul cas de la quatrième intervention.

Les adhérences sont variables; tantôt il s'agit de simples voiles péritonéaux dont on n'a même pas à tenir compte, tantôt au contraire elles sont plus marquées, constituées

de brides plus ou moins fibreuses et résistantes qui peuvent alors gêner l'abord de l'utérus et que l'on devra sectionner entre deux ligatures.

Les adhérences épiloïques et intestinales sont particulièrement graves car elles sont souvent étendues à la face antérieure de l'utérus et on peut craindre, en les libérant, d'ouvrir une anse intestinale et afin d'éviter cette complication, on est obligé, pour libérer l'anse ou même l'épiploon, de trouver un plan de clivage au ras du muscle utérin que l'on entame parfois légèrement, ce qui constitue des petites hémorragies en nappe parfois difficiles à arrêter. De plus, cette libération a pu dépéritoniser la face antérieure de l'utérus qu'il n'est pas toujours facile ultérieurement de réparer, car il y a parfois nécessité de sculpter véritablement l'utérus pour libérer sans danger les adhérences.

Mais celles-ci sont le plus souvent rares dans les suites d'une césarienne basse. Nous avons vu qu'elles étaient plutôt l'apanage des césariennes hautes classiques, c'est pourquoi l'hystérotomie basse itérative sera généralement facile et la paroi abdominale une fois ouverte, c'est rapidement que l'on est amené à inciser le S. I.

Signalons qu'au cas où la vessie aurait été lésée et la déchirure reconnue, si l'on pratique immédiatement une suture en deux plans, les suites opératoires sont le plus souvent favorables.

Incision du segment inférieur. — Il existe des cas, assez fréquents, où il est impossible de voir d'après l'aspect de ce S. I. que la femme a subi antérieurement une incision césarienne. D'autres fois, au contraire, l'aspect du S. I. est anormal. Du fait de la péritonisation en redingote lors de l'intervention précédente, il peut exister un épaissement du péritoine qui, lorsqu'on voudra le décoller, sera plus friable, plus vascularisé, et souvent, lors de sa réfection ultérieure, on obtiendra une péritonisation non pas

imparfaite, mais du moins atypique. On n'a pas en effet un décollement péritonéal aussi facile à pratiquer que dans une première intervention, surtout lorsque celle-ci s'effectue à la fin de la grossesse, quand la présentation est bien engagée et que le S. I. se trouve ainsi bien formé.

Nous avons vu déjà que le S. I. se trouve limité en haut par la zone de solide attache du péritoine et que cette limite supérieure s'élève avec le développement du S. I. Au cours d'une grossesse consécutive à une hystérotomie, si même on a décidé de pratiquer une nouvelle opération, il est donc préférable de n'intervenir qu'après un certain degré d'épreuve du travail, ainsi on obtiendra un S. I. mieux formé qui facilitera l'acte opératoire.

C'est en effet au cours du travail que se forme le S. I.

Il est des cas où le S. I. se trouve dévié du fait des adhérences; alors la suture de la première intervention peut ne pas être visible et se retrouver latéralement sur un côté de l'utérus.

Si cette cicatrice est parfois invisible à l'œil, le toucher peut, dans certains cas, permettre de l'apprécier; aussi, avant d'inciser le muscle utérin, est-il toujours utile de palper le S. I. et de se rendre ainsi compte de son degré de fermeté ou de mollesse; bien souvent la main qui palpe sent une zone plus ferme sous les doigts qui est le reliquat de l'ancienne cicatrice. Il faudra toujours apprécier son état. Nous avons déjà vu quels renseignements nous fournissaient nos observations sur la cicatrice utérine. Sur nos 52 césariennes basses itératives, 43 fois il fut impossible de trouver aucune trace de l'incision antérieure, 6 fois on trouve du tissu fibreux, 2 fois seulement la cicatrice était amincie ou de mauvaise qualité. De Lee, Nadelhoffer et Greenhill donnent 29 observations sur la qualité de la cicatrice utérine :

18 fois, la cicatrice était épaisse;

3 fois, mince mais solide; .

3 fois, mince;

4 fois, invisible mais sentie;

1 fois, désunie.

Les adhérences une fois libérées, permettant l'abord facile de la face antérieure du S. I., la cicatrice utérine une fois repérée et appréciée, on se trouve, pour les temps ultérieurs de l'intervention, dans les mêmes conditions que pour une opération césarienne exécutée pour la première fois. Il est vraiment exceptionnel que la dureté des tissus cicatriciels de la première incision puisse gêner l'ouverture de l'utérus; d'ailleurs, quand la cicatrice est repérée, il est préférable d'inciser parallèlement à elle. Nous allons maintenant voir les autres temps de la technique opératoire telle qu'elle est exécutée par Brindeau.

Incision du péritoine. — Après rachi-anesthésie à la novocaïne et la malade mise en position inclinée, on incise la paroi abdominale en allant de la symphyse vers l'ombilic. Une incision de 15 centimètres suffit. On place un champ de gaze à droite et à gauche de façon à les insinuer entre l'utérus et la paroi. Un troisième est glissé à l'angle supérieur de la plaie (rappelons que la pose de ces champs n'est pas possible quand il existe des adhérences trop marquées, aussi devra-t-on les libérer). Mise en place d'un écarteur de Ricard. On aperçoit le S. I. qui recouvre la tête du fœtus (le S. I. a été libéré de ses adhérences). Il faut alors repérer le pôle supérieur de la vessie; celle-ci aura été soigneusement vidée immédiatement avant l'opération (cet organe, nous l'avons dit, est variable comme situation; en général, il est assez bas, situé sur la ligne médiane).

On place une pince de Kocher sur le péritoine viscéral, à un travers de doigt au-dessus du sommet de la vessie. On y fait une petite boutonnière, puis à l'aide de ciseaux courbes et mousses, en les tenant fermés, on sépare le

péritoine du S. I. Le décollement est commencé à droite et à gauche, puis en bas et en haut. On insiste principalement en bas du côté du pubis, de façon à refouler la vessie très loin; en haut, on libère jusqu'à la limite de la zone décollable. On place alors une pince de Kocher de chaque côté de la ligne médiane pour repérer la section du péritoine. La séreuse, préalablement décollée, est coupée transversalement sur une longueur de 12 centimètres environ. On obtient ainsi deux lambeaux péritonéaux largement flottants entre lesquels on aperçoit le S. I. dépéritonisé,

Section de la paroi utérine. — Un aide glisse une large valve à hystérectomie vaginale derrière la symphyse pubienne en réclinant le lambeau péritonéal inférieur et la vessie. Avec une pince en cœur, on tire vers le haut le lambeau péritonéal supérieur. On met ainsi le S. I. sous la vue de l'opérateur. Celui-ci l'incise au bistouri directement sur la tête fœtale et le plus bas possible. Une boutonnière une fois amorcée, on continuera avec un bistouri boutonné. On sectionne sur la ligne médiane de bas en haut, de façon à ne pas dépasser la limite du décollement péritonéal supérieur, jusqu'à ce qu'on aperçoive des membranes ou les cheveux du fœtus, suivant que les membranes ne sont pas rompues (classiquement, l'oreille se trouve dans le champ d'incision). Il s'écoule en général une grande quantité de liquide amniotique (on peut, dans certains cas, s'aider de l'aspirateur électrique). Il est utile d'avoir bien posé ses champs pour protéger la cavité péritonéale. L'aide retire alors la valve rétro-pubienne.

Rappelons que ce n'est parfois qu'au moment d'inciser le S. I. que la difficulté de l'incision due à la dureté du muscle utérin, fait supposer que l'on se trouve au niveau de l'ancienne cicatrice.

Extraction du fœtus et du placenta. — La main s'insinue entre le S. I. et la tête et cherche la bouche du fœtus. Un

doigt introduit dans la cavité ramène le menton en avant. Il suffit parfois d'appuyer à droite et à gauche de la tête pour énucléer par des pressions latérales exercées sur l'utérus par un aide. Sinon, en cas de grande difficulté, on fera une application de forceps (Pajot de préférence); et l'on extrait le fœtus par la face. Dans certains cas, on peut même faire une version.

Au moment où on extrait les épaules, on aperçoit en général l'ouverture de la plaie utérine qui tend à être attirée en dehors.

Il est bon, avant de continuer l'extraction, de placer une série de pinces en cœur de chaque côté de la plaie, sur chacune de ses lèvres. Ces pinces serviront à extérioriser la cavité ouverte quand le fœtus sera sorti. L'enfant est alors placé sur les cuisses de la mère. A ce moment, l'aide tire légèrement sur les pinces en cœur et cette manœuvre permettra au liquide de s'écouler en dehors.

Le cordon est sectionné entre deux pinces puis on passe à l'extraction du placenta. L'expression est presque toujours suffisante. Sinon, on décollera l'arrière-faix avec la main, en ayant soin de maintenir fortement le fond de l'utérus. La délivrance terminée, on introduit une mèche dans l'utérus, mèche qui sera retirée avant la mise en place des derniers fils. Il est préférable, si on le peut, de faire cette délivrance par expression plutôt que par traction. Pour mémoire, nous signalerons que certains auteurs, avec Munro Kerr, préconisent dans les cas douteux ou infectés de faire la délivrance par voies naturelles.

Herotay, dans une césarienne faite pour procidence du cordon, conseille de sectionner, lors de l'extraction du fœtus, le cordon tout près de l'ombilic sans faire repasser par l'utérus la partie procidente. Un aide étranger à l'opération retire par le vagin le cordon ainsi libéré.

Sutures de l'utérus et péritonisation. — On replace la valve rétro-pubienne et l'on suture le S. I. en commen-

çant de bas en haut, suture au catgut à points séparés en prenant toute la tranche. On a ainsi un premier plan sur lequel on pratique un deuxième plan superficiel en surjet (celui-ci est en général facile à exécuter, du fait de la plus grande minceur et de la plus grande mollesse du S. I.).

On s'occupe ensuite, de la suture du péritoine; elle sera pratiquée de telle façon que les deux lambeaux se recouvrent l'un l'autre, réalisant une suture en « pans de redingote ». Il est préférable de commencer par fixer le lambeau supérieur au moyen de quelques points séparés au catgut fin. On ramène ensuite sur lui le lambeau inférieur qui entraîne la vessie. Quelques points le maintiendront en place; ensuite on fera, au-dessus des points isolés, une suture séro-séreuse par un surjet au catgut.

On obtient ainsi généralement une excellente péritonisation.

Ce n'est que dans les cas où il existera des reliquats d'adhérences antérieures, que la péritonisation pourra être plus atypique ou plus difficile, mais, dans la règle, on arrive toujours à péritoniser complètement la face antérieure du S. I., la vessie qui a été attirée vers le haut avec le lambeau péritonéal inférieur forme au-devant de la région un excellent plan de couverture.

Fermeture de la paroi. — On enlève les champs de protection qui ont été placés au début de l'opération. Mais avant de refermer l'abdomen, il est indispensable, dans les opérations itératives, de vérifier l'hémostase des adhérences qui ont pu être sectionnées et s'il existe dans les antécédents la notion d'une césarienne classique, on fera une extériorisation de l'utérus pour voir s'il n'existe pas des adhérences au niveau de son fond; suivant les cas, on pratiquera ou non leur section. Enfin, on vérifiera toujours l'état des annexes.

La paroi abdominale sera fermée en trois plans.

Nous avons déjà parlé de la résection de la cicatrice cutanée.

En réalité, la technique opératoire au cours de la césarienne itérative, reste à peu près la même que pour une première intervention; il est exceptionnel de rencontrer des difficultés réelles tenant à l'intervention antérieure, seulement les quelques précautions que nous avons indiquées devront toujours être prises.

Comme le dit Grosse à propos des résultats de la césarienne basse : « Les avantages de la césarienne basse se manifestent nettement au cours de la césarienne itérative. Parmi les 33 opérations césariennes basses de notre nouvelle série, nous avons eu trois fois l'occasion de pratiquer une césarienne basse itérative; deux de ces femmes étaient à leur troisième opération césarienne (une première césarienne haute classique et deux césariennes basses). L'opération césarienne basse n'a offert chez ces femmes aucune difficulté. Le péritoine avait le même aspect, la même mobilité sur les plans sous-jacents que dans la première opération césarienne, sans aucune adhérence. Il s'est décollé avec la plus grande facilité. L'opération s'est passée comme s'il s'agissait d'une première césarienne et les suites opératoires ont été aussi satisfaisantes. Cette intégrité anatomique parfaite montre toute la valeur et la sécurité offertes par la césarienne basse. »

Nous pouvons conclure sur ces paroles d'Henriot : « Il apparaît bien que la cicatrice portant sur le S. I. est dans la majorité des cas de bonne qualité, puisqu'elle permet, outre l'épreuve du travail, la perspective d'un accouchement spontané dans les conditions les plus simples. En outre, les difficultés rencontrées au cours de césarienne itérative apparaissent comme n'étant qu'exceptionnellement sérieuses. »

Quelques cas particuliers. — 1° Si l'on n'a pas fait usage de l'anesthésie rachidienne, il est à conseiller de pratiquer une injection de lobe postérieur d'hypophyse dans le muscle utérin (on fait une moitié de l'ampoule de chaque côté de l'utérus avant de l'inciser).

2° *Pour éviter les fistules vésicales*, certains auteurs ont proposé l'incision transversale de l'utérus. En fait, la possibilité de fistules pariéto-vésicales est tellement rare qu'elles ne doivent pas influencer l'opérateur. De plus, cette incision transversale n'est pas exempte de danger.

3° *Faut-il ou non reséquer la première cicatrice utérine?*

Parfois se pose cette question de la résection de la cicatrice utérine; on aura toujours eu soin de vérifier l'état de la première incision et dans les cas où elle semblerait douteuse, on pratiquerait sa résection. Pour cela, on appréciera sa valeur, son état de plus ou moins grande dureté, on regardera si elle est amincie, s'il existe une dépression à son niveau ou même, dans certains cas, si elle n'est pas désunie (nous avons déjà signalé un cas où la cicatrice s'est trouvée désunie du fait de l'extraction du fœtus). Au besoin, on l'explorera par la face endo-utérine et si l'on a quelques doutes, on n'hésitera pas à pratiquer la résection.

Stérilisation de la femme. — C'est une question très importante.

Divers facteurs entrent en ligne de compte pour apprécier si la femme doit être ou non stérilisée.

Ce sont, d'une part, le nombre des grossesses et des césariennes, les indications des interventions; d'autre part, l'âge de la femme, son état général.

Enfin, il faut tenir le plus grand compte de l'avis de l'opérée. On ne pratiquera la stérilisation qu'après avoir mis la femme au courant avant l'intervention et après lui avoir demandé si elle désirait ou non avoir d'autres enfants.

En fait, il semble qu'il soit sage de stériliser la femme après la deuxième césarienne, surtout si elle a deux enfants vivants. Ce n'est que dans les cas où un des enfants serait décédé et à plus forte raison les deux, qu'on attendrait pour stériliser une troisième intervention.

De Lee ne pratique la stérilisation après une deuxième opération, que si les époux le demandent. Personnellement, il essaie de les dissuader et ce n'est qu'après une troisième intervention que l'auteur est d'avis de stériliser.

Jung s'exprime en ces termes sur la stérilisation : « Dans notre service de la Maternité de Saint-Gall, nous faisons par principe la stérilisation au cours de la seconde césarienne, pour autant que la mère ne s'oppose pas à cette intervention, ce qui arriva dans un cas. Environ deux tiers des femmes redevenues enceintes après une opération césarienne ne subissent plus qu'une seule grossesse. Ce fait a valu à la césarienne le reproche d'empêcher la fécondité. Si l'on regarde de plus près, ce reproche apparaît d'autant plus injuste, parce qu'il est faux de mettre sur le même pied la fécondité d'une femme qui a subi l'opération césarienne et la fécondité d'une autre femme qui a accouché normalement ou sans complications particulières. »

A propos du grand nombre d'amputations de la matrice et de stérilisations qui existent dans sa statistique, Labhart déclare : « Lorsqu'il s'agit de bassin vicié, nous stérilisons les femmes au moment de la deuxième césarienne, donc quand elle a deux enfants vivants. Dans les cas de placenta prævia qui touchent surtout des pluripares, nous stérilisons aussi volontiers, dans l'idée que dans ces cas, il est préférable que la famille garde la mère plutôt que de risquer d'autres accouchements pour l'unique raison d'augmenter le nombre des enfants. »

Wallish écrit dans son traité : « La section césarienne peut être répétée plusieurs fois chez la même femme jusqu'à deux, trois et quatre fois. Néanmoins, la femme ayant déjà subi une opération césarienne devra être surveillée, à la fin de la grossesse, afin que l'on soit prêt à intervenir d'urgence en cas de rupture utérine. » Pour- tant, Marassi a montré que la mortalité croît avec la répé-

tition de l'opération; c'est ainsi que l'on a une mortalité de 11 % pour la deuxième opération et de 28 % pour la troisième.

Le manuel opératoire consiste à sectionner les trompes entre deux ligatures (on écrase au préalable avec une pince l'endroit où se feront les ligatures).

Pour ce qui est de la technique, la répétition des césariennes ne donne souvent lieu à aucune complication; tout au plus la présence d'adhérences peut-elle quelquefois gêner l'abord des trompes.

Sur nos 108 opérations itératives, on a pratiqué dans 60 cas la ligature des trompes.

Soins post-opératoires. — On pratique, une heure et demie après l'intervention, une piqûre d'ergotine. On fait 500 centimètres cubes de sérum de Roenger sous-cutané, sauf si la femme présentait de l'albumine, auquel cas on le remplace par du sérum glucosé. Injection de 10 centimètres cubes d'huile camphrée toutes les trois heures, pendant 24 heures.

Enfin, on fait une injection de 1 centigramme de morphine par 24 heures, pendant les deux jours qui suivent l'opération. Le quatrième jour après l'opération, goutte à goutte rectal de sérum glucosé.

Suites opératoires. — Dans les suites opératoires, l'involution utérine est normale. Nous avons déjà vu les avantages de la césarienne basse dans ce cas. La lochiométrie ne s'observe presque pas avec la césarienne basse. Dans les cas où elle se produit, le liquide reste dans la cavité utérine, tandis que le S. I. se draine normalement, ce qui présente le minimum de risques d'infection pour la suture utérine.

Nous ne reparlerons pas des avantages que présente la rachi-anesthésie pour les suites opératoires.

Après la césarienne basse, pas ou peu de météorisme abdominal, pas de shock péritonéal. « L'absence de réac-

tions après l'intervention et le bien-être accusé par les opérées sont généralement surprenants », soulignent Hirst et Van Dolsen. Assez souvent, pendant deux à trois jours après l'intervention, on note une élévation de température pouvant aller jusqu'à 39, ce qui entrerait dans le cadre des fièvres de « fibrin ferment » des auteurs américains.

De Lee, Nadelhoffer et Greenhill ont suivi ultérieurement des femmes dans 48 cas. Ils trouvent que 10 d'entre elles présentèrent des troubles menstruels inexistants auparavant. Dans un cas, il y eut des règles profuses, deux femmes eurent des règles irrégulières et l'une d'entre elles vit la suppression des règles. Enfin les 34 autres ne présentèrent aucun trouble.

Complications de la césarienne itérative

1° *Accidents immédiats de l'opération elle-même.* — Ce sont les mêmes que pour une première intervention. Cependant, la répétition de l'opération a pu créer parfois des difficultés opératoires telles que celles-ci allongent la durée opératoire et aggravent le pronostic. Celui-ci est surtout lié aux indications de l'intervention; il est évident qu'il sera plus mauvais pour une femme opérée de placenta prævia que dans le cas où on est intervenu pour un bassin généralement rétréci, par exemple.

Au Congrès de Liège en 1930, M. Brouha étudiant le pronostic de la césarienne basse dans ses suites immédiates, signale deux cas de mort : l'un, au cours d'une rachi-anesthésie, se serait produit au moment du dégagement de la tête et l'auteur l'attribue à un schock réflexe; l'autre, dans lequel la mort aurait eu pour cause l'atonie utérine chez une primipare de trente-sept ans qui présentait de l'hydramnios, une légère albuminurie et était en travail depuis longtemps (anesthésie à l'éther). « Avant d'inciser le S. I., on injecte en plein muscle un centimètre cube de pituitobine. L'opération se déroule sans incident,

mais après l'extraction du placenta l'utérus reste atone, il s'en écoule une assez grande quantité de sang, de coloration particulièrement foncée. On injecte un centimètre cube de pituilobine sous la peau, on masse l'utérus et finalement on le tamponne avec quatre languettes de gaze stérilisée. L'utérus est refermé suivant les règles habituelles. Au moment où l'on suture le plan aponévrotique de la paroi abdominale, la femme succombe.» L'auteur attribue la mort à la perte de sang subie par la femme et il discute le rôle de l'injection d'extrait hypophysaire dans le muscle utérin, il se demande si cette pratique n'est pas sans danger.

2° *Accidents post-opératoires.* — Là encore, ils restent les mêmes que pour une opération primitive. Tout au plus devons-nous signaler plus particulièrement les lésions vésicales qui seraient moins rares que dans la césarienne haute classique.

Nous allons envisager rapidement les diverses complications susceptibles d'être rencontrées après une opération césarienne basse. Nous n'insisterons pas sur l'absence de *schock* comme avantage de la césarienne basse, ainsi que sur la rareté des *hémorragies*. Les hémorragies secondaires ne s'observent pas ou presque après la césarienne basse. Balard a bien montré que la suture du S. I. permet à l'utérus de reprendre sa tonicité complète et par là même s'oppose à toute hémorragie.

L'occlusion intestinale est beaucoup plus rare dans la césarienne basse que dans la haute, parce que la plaie est plus bas située, cachée par la péritonisation et la vessie. Elle est en fait exceptionnelle, alors qu'elle s'observe dans 1 % des cas dans la césarienne classique (statistiques de Häggstrom en 1926).

Les lésions vésicales sont plus intéressantes.

Elles ont été signalées par plusieurs auteurs.

Brandt, en 1924, rapporte 100 cas de césariennes basses;

il y eut quatre fois des lésions vésicales au cours de l'opération itérative.

Zweifel a signalé un cas de gangrène de la vessie, par suite de la rupture de ses connexions vasculaires.

Döderlein cite la nécrose d'un uretère.

Les fistules vésico-pariétales se rencontrent plus volontiers après la césarienne basse du fait même de la technique opératoire : nécessité de décoller la vessie du S. I. Cette complication ne s'est jamais rencontrée après la césarienne classique. Ces fistules apparaissent soit le lendemain de l'opération, soit plus tard, lors de la chute d'une escharre. On peut ainsi avoir soit des fistules vésico-cutanées (la vessie communique avec l'extérieur), soit des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines (la vessie communique avec le vagin ou avec l'utérus); c'est afin d'éviter ces complications que certains auteurs ont proposé l'incision transversale au lieu de l'incision verticale du S. I.

En tout cas, il ne semble pas que l'opération itérative prédispose plus à ces accidents, tout au plus peut-être la présence d'adhérences utéro-vésicales pourrait-elle les favoriser.

Dans une statistique de 200 cas de césariennes basses, Kustner signale deux fistules urétérales, plusieurs fistules vésico-vaginales et cervicales et de plus, des cas où la vessie fut déchirée et suturée au cours de l'intervention.

Une seule fois dans nos observations, nous avons relevé l'ouverture de la vessie au cours de l'intervention; il s'agissait d'une vessie extrêmement développée qui remontait jusqu'à l'ombilic; celle-ci fut suturée et ne donna lieu à aucune complication.

Les fistules utéro-pariétales, relativement fréquentes après la césarienne corporéale (de 3 à 4 %) sont absolument exceptionnelles après césarienne basse.

Le phlegmon rétro-vésical peut compliquer les suites de couches d'une césarienne basse. Cette complication a été signalée par plusieurs auteurs (Seebrecht, Kroenig, Sellheim, Baumm, Frantz et Hauch).

L'infection rétro-vésicale peut s'étendre au péritoine et entraîner une péritonite mortelle. Seebrecht en a publié un cas.

L'embolie gazeuse est un accident exceptionnel dont il n'y a que six cas de publiés dans la littérature.

La phlegmatia alba-dollens; on a dit qu'elle serait plus fréquente après la césarienne basse qu'après la césarienne haute (rôle des plexus veineux péri-utérins). Ce fait est loin d'être démontré, on peut l'observer cependant. Sa fréquence serait de 3 à 4 %.

La phlegmatia alba-dollens compliquerait plus volontiers les césariennes faites pour placenta prævia où les femmes auraient présenté des hémorragies. Il ne faut pas oublier non plus que l'opération césarienne basse est surtout réservée aux cas impurs ou douteux; il ne serait donc pas étonnant que les phlébites y soient plus souvent rencontrées.

L'embolie pulmonaire est une complication assez rare. Phaneuf dans une statistique de 116 cas publiée en 1924, donne un pourcentage de 3 décès par embolie.

Manifestations infectieuses diverses; elles sont le plus souvent observées dans les cas douteux et impurs.

Suppuration de la plaie abdominale. — Elle peut être isolée ou associée à l'infection génitale. Le plus souvent isolée, les statistiques montrent que la gravité de la suppuration pariétale n'est pas forcément en rapport ni avec la durée de l'accouchement après l'écoulement des eaux, ni avec l'existence de fièvre au moment de l'intervention.

Péritonite. — La péritonite primitive par ensemencement septique du péritoine au cours d'une opération, est

très rare. Brouha signale un cas de péritonite secondaire consécutif à la suppuration de la cicatrice de la paroi abdominale. Nous avons montré antérieurement combien la technique de la césarienne basse mettait à l'abri de cette complication qui est une cause relativement fréquente de mort dans la césarienne corporéale.

Sa fréquence ne semble pas d'ailleurs augmenter du fait de la répétition de l'opération césarienne.

Infection utérine. — Brouha en signale 15 cas dont 7 sans suppuration pariétale; il y eut 2 décès.

Enfin, on peut encore rencontrer dans les suites de césarienne itérative, au même titre que pour une première intervention, de l'*infection urinaire*, de l'*hyperthermie* sans cause reconnue, du *ballonnement intestinal*, des *broncho-pneumonies*, de la *rétenction d'urine*.

L'infection primitive étant donc très rare, la technique opératoire s'attachera surtout à éviter la péritonite secondaire; cependant, malgré toutes les précautions prises, l'infection secondaire est toujours possible.

Comme le dit Brindeau, il semble que pratiquement il soit impossible d'empêcher la souillure du péritoine par les liquides qui sortent de la cavité utérine au moment de l'incision et de l'extraction de l'enfant et de la délivrance.

V. — CAS OU LA CÉSARIENNE BASSE N'EST PAS POSSIBLE

Nous parlerons enfin des cas où la césarienne basse, pour des raisons diverses, ne peut être exécutée. Plusieurs éventualités peuvent se présenter :

1° *Cas où on est obligé de faire une césarienne haute.*
— L'abondance et la résistance des adhérences empêchent

parfois d'aborder facilement la face antérieure de l'utérus, ou tout au moins leur libération serait peut-être possible, mais au prix de déchirures, de décollements étendus, pouvant entraîner des hémorragies ou au risque de léser certains organes. C'est pourquoi dans ces cas, au lieu de pratiquer l'hystérotomie basse, on pratiquera l'incision sur le fond utérin en faisant une césarienne haute classique. Ce sont surtout les adhérences utéro-pariétales et les adhérences marquées de l'utérus à la vessie qui nécessiteront cette technique. Ces cas sont assez rares : nous en relevons un dans nos 108 observations.

Nous avons déjà dit que dans certains cas d'extrême urgence (éclampsie en particulier), on pourra utiliser la césarienne corporéale d'exécution plus rapide.

En cas de placenta prævia, certains auteurs conseillent de ne pas faire l'hystérotomie basse (Brouha, Gaifami). D'autres, au contraire, font même dans ce cas la césarienne supra-symphysaire (Aubert, Brindeau).

2° Cas où l'on pratique une hystérectomie. — Enfin, dans certains cas, la présence d'hémorragie au cours de l'intervention dont l'abondance crée un danger vital pour la malade, ou encore une opération pratiquée dans des conditions trop mauvaises (température élevée, nombreuses manœuvres obstétricales antérieures par voie basse, poche des eaux rompue depuis longtemps avec infection certaine), peuvent obliger l'opérateur à pratiquer l'hystérectomie.

Signalons à ce sujet que la technique de la césarienne basse qui amorce le décollement de la vessie, constitue un temps préparatoire excellent à l'hystérectomie quand celle-ci est décidée au cours de l'intervention.

3° Opération de Portes. — Nous ne faisons que la signaler. Si elle a pu parfois donner, dans des cas infectés, de bons résultats, elle reste en pratique une opération bien peu chirurgicale.

Césarienne Basse. — Statistiques des auteurs.

AUTEURS	Année	Cas	Cas purs	Cas infectés, ou douteux	Mortalité maternelle	Pourcentage mortalité
Jeannin	1909	190			14	7,37 %
De Lee	1910	117		46	1	0,85 %
Klein	1912	430			26	6,4 %
Schafer	1912	50			2	4 %
Reusch	1917	195	279 (méthode extra-péritoniale).			2 %
			216 (méthode trans-péritoniale basse).			1,61 %
Martins	1919	64	40	lis. basse extra-péritoniale.	3	7,5 %
			24	lis. basse trans-péritoniale.	1	4,1 %
Cook-Hirst	1920	30		30	0	0
Munro Kerr	1921	33			5	15,15 %
Beck	1921	29			0	0
De Lee et Cornell	1922	145		quelques	1	0,6 %
Brandt	1922	100		7	4	4 %
Baum	1923	133		52	2	1,5 %
Krause	1923	123		nombreux	5	4 %
Reeb	1923	10		9	1	10 %
Gaiffami	1923	50		5	0	0
Perrier	1923	32				6,45 %
De Porenta	1924	112			0	0
Schickele	1925	234			7	2,99 %
Correia da Costa	1925	32		nombreux	1	3 %
Marassi	1925	1.116		407	35	3 %
Jeannin	1925	26	26		1	3 %
Seebrecht	1926	135		135	3	2,22 %
Brindeau	1926	88			1	1,1 %
Portes et Risacher	1926	28		20	1	3,3 %
Couvelaire et Portes	1926	30		14	0	0
Le Lorier	1926	17			1	5,8 %
Phaneuf	1926	203				6,4 %
Lewes	1926	35			2	5,7 %
King	1927	31			0	0
Gromadzki	1927	101	91 trans-péritoniales.		3	3 %
			10 extra-péritoniales.		3	30 %
Bercovici	1927	25			1	4 %
Henriot	1927	64	24	40	0	0
Danforth et Grier	1928	50			1	2,5 %
Puppet	1929	123			0	0
					7	6 %
Winter	1929	3.838	3.534 trans-péritoniales			3,7 %
			304 extra-péritoniales			6,7 %
Ed. Martins et Spieckhoff	1929	405		nombreux	18	4,4 %

Césarienne Basse. — Statistiques des auteurs (suite).

AUTEURS	Année	Cas	Cas purs	Cas infectés ou douteux	Mortalité maternelle	Pourcentage mortalité
Schweitzer et Chemnitz.	1929	127				2 % cas douteux
De Lee.....		338			2	0,9 % cas purs
Hirst et Van Dolsen		107			2	0,6 %
Kustner.....		213				1,9 %
Walshard.....		206				2,3 %
Phaneuf et Higarty.....		80				2 %
Ed. Martin.....		116			3	7,5 %
Brouha.....		25			2	2,9 %
Nouvian.....		430			24	8 %
						4 %

Césarienne haute. — Statistiques des auteurs.

AUTEURS	Année	Cas	Cas purs	Cas infectés ou douteux	Mortalité maternelle	Pourcentage
Martins.....	1919	31			3	9,8 %
Brandt.....	1919	61				13,6 %
Essen Moller.....	1919	106			6	5,3 %
Eardley Holland et Munro Kerr.....	1920	4.000	44	42	134	3,35 %
Couvellaire.....	1921	86			4	4,6 %
Webster Bride.....	1921	537			23	4,2 %
Magalaes.....	1923	161			11	6,8 %
Lewes.....	1926	87			10	11,3 %
King.....	1927	291				16,1 %
Winter.....	1929	438				6,4 %
Fritsche.....	1929	34				8,9 %
Hauch.....		57			3	5,3 %
Torqueter Murray.....		116	13		0	0
Polak et Beck.....		2 000	210	73	10	11,4 %
				1.260	6	2,9 %
				530 (impurs)	78	6,2 %
		196	148		61	11,5 %
				48	6	3,3 %
					7	14,8 %

VI. — LES OBSERVATIONS

Nous classerons quelques observations de la façon suivante : 1° Césarienne basses succédant à une haute (les unes sans adhérences, les autres avec adhérences). 2° Hystérotomies basses succédant à une césarienne basse (avec et sans adhérences). 3° Quelques cas de césariennes basses succédant à des césariennes haute et basse antérieures. 4° Dans une dernière série d'observations, nous signalerons les interventions ayant présenté quelques points particuliers (hystérectomie, modifications de la technique habituelle, hernie sus-pubienne, incision transversale du S. I., rupture utérine).

Nous ne publierons que quelques-unes des 108 observations qui nous ont servi à l'étude de cette thèse. Nous mentionnerons encore quelques observations que nous avons trouvées à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Cathala qui les a aimablement mises à notre disposition. Nous tenons à le remercier ici de l'accueil qu'il nous a fait et nous lui exprimons toute notre respectueuse gratitude.

Pour nos 108 observations personnelles de césariennes itératives, nous n'avons à signaler que 4 décès, ce qui fait un pourcentage de mortalité inférieur à 4 %.

1° Observations de Césariennes basses succédant à une hystérotomie haute

N° 1.168. — 22 juin 1925. — Madame S... II pare de 22 ans. Césarienne supra-symphysaire chez une femme présentant un bassin rétréci. (Promonto pubien minimum 8 cm. 2.)

Opérée antérieurement d'une césarienne haute.

La cicatrice de la première opération est irrégulière, très large, on resèque la cicatrice cutanée et on tombe alors sur une vaste zone de tissu fibreux qui envahit toute la paroi et rend l'ouverture du péritoine assez pénible.

Le péritoine ouvert, en découvre *une bride allant du fond de la vessie à la partie supérieure de l'utérus*, comparable à un ligament rond.

Par en haut, de vastes adhérences épiploïques nécessitent d'être réséquées avant de pouvoir extérioriser l'utérus. On y parvient avec quelques difficultés.

L'opération se termine alors sans incident, cependant la paroi utérine est envahie par le tissu fibreux. On fait une large résection de ce tissu cicatriciel.

Extraction facile d'un garçon vivant pesant 3.500 grammes.

Suture de l'utérus en deux plans (elle est rendue assez difficile par le tissu cicatriciel).

Péritonisation selon le procédé habituel.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Hémorragie insignifiante.

Anesthésie rachidienne parfaite.

N° 2.113. — 4 décembre 1925. — Madame R... II pare de 30 ans.

Césarienne basse pour bassin généralement rétréci chez une femme ayant été opérée antérieurement d'une césarienne-haute.

On arrive par une incision médiane sous-ombilicale sur le S. I. qui est très distendu par la tête fœtale, cela facilite beaucoup l'ouverture du péritoine.

On ne remarque aucune adhérence particulière.

Extraction facile d'un garçon pesant 3.040 qui est facilement ranimé. Délivrance par expression (les membres sont assez adhérentes).

Fermeture du S. I. en deux plans au catgut.

Péritonisation soigneuse.

On extériorise l'utérus pour vérifier si la première intervention n'a pas laissé d'adhérences.

La cicatrice est fortement adhérente en avant à la paroi par une forte anastomose qu'on libère après avoir posé deux ligatures. En arrière il existe quelques adhérences qui sont laissées en place.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie à l'éther.

N° 2.292. — 29 décembre 1925. — Madame J... II pare de 26 ans.

Césarienne supra-symphysaire après césarienne corporéale faite en province. B. G. R.

Ligature des trompes.

Résection de la partie basse de la cicatrice. On trouve une *large adhérence épiploïque entre la paroi abdominale et le S. I.* Résection de cette partie d'épiploon.

Le S. I. est facile à mettre à nu, le cul de sac vésico-utérin est relativement élevé repoussé par la tête qui est elle-même très élevée.

Décollement du péritoine qui est très mince vers le haut.

Section du S. I. directement sur la tête fœtale.

Extraction facile par expression d'une fille vivante pesant 3.150 grammes.

Délivrance par expression. Hémorragie nulle.

Le S. I. était très aminci par en bas, puis assez brusquement vers le haut, il s'épaissit en forme de tremplin. L'aponévrose est assez épaisse, l'orifice interne du col est fermé, on pratique la suture de l'utérus en deux plans. Péritonisation. Ligature des trompes. Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne. Résultat parfait bien que la femme soit très pussillanime.

N° 100. — 16 janvier 1926. — Madame P... II pare de 20 ans.

Césarienne supra-symphysaire et ligature des trompes pour B. G. R. chez une femme ayant eu une césarienne haute. Incision verticale sous-ombilicale après résection d'une partie de la cicatrice.

Femme petite, de ce fait, petite incision qui gêne un peu l'opération. Le S. I. est bien formé mais le péritoine est assez mince. On pratique son décollement, la zone décollable remonte au-dessus du S. I. On incise ce dernier. Extraction d'un garçon criant de suite pesant 2.870 grammes.

Délivrance par expression.

L'extrémité inférieure de l'incision est à un travers de doigt au-dessus de l'orifice interne du col.

Péritonisation en redingote.

Extériorisation de l'utérus pour examiner l'ancienne cicatrice. *L'épiploon est adhérent sur toute la hauteur de la suture.* Il est également adhérent à la paroi abdominale. Libé-

ration de l'épiploon. *La suture utérine est de mauvaise qualité.* On aperçoit une gouttière profonde dans laquelle on peut introduire le doigt.

Section des trompes entre deux ligatures.

Anesthésie au chloroforme après insuccès de la ponction lombaire.

N° 170. — 26 janvier 1926. — Madame P... Angèle, II pare de 28 ans.

Césarienne basse pour bassin généralement rétréci.

Césarienne haute antérieure remontant à 7 ans.

Incision sous-ombilicale. L'ouverture du péritoine est rendue délicate du fait *d'une adhérence du péritoine qui a ramené la vessie sur la face antérieure de l'utérus.* On sectionne cette adhérence ce qui permet de dégager quoique assez péniblement la partie inférieure du S. I. L'utérus a pivoté de gauche à droite et se présente surtout par son bord gauche, si bien que l'incision transversale du péritoine empiète plus à gauche qu'à droite. On décolle le péritoine. On incise le S. I. et on est gêné par une abondante hémorragie veineuse. On parvient à extraire sans grande difficulté la tête et le tronc du fœtus sans augmenter la brèche du S. I.

Délivrance normale. Garçon vivant pesant 3.000 grammes.

Suture en deux plans du S. I.

Péritonisation en redingote.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Rachianesthésie imparfaite. On est obligé de compléter avec un peu d'éther.

N° 1.730. — 3 juillet 1926. — Madame L... Cécile, II pare de 30 ans.

Césarienne basse chez une femme ayant subi il y a 6 ans une césarienne corporéale.

Incision sous-ombilicale. On arrive directement sur le S. I. très peu formé, le péritoine très mince se décolle difficilement par en haut. Section du S. I. la tête très élevée tend à remonter. On applique le forceps pour l'attirer au dehors.

Extraction d'une fille vivante, pesant 2.950 grammes.

Délivrance par expression.

Suture comme à l'ordinaire.

Extériorisation de l'utérus qui est un peu difficile.

Section de *brides assez importantes reliant l'épiploon à la face antérieure de l'utérus*. Section des trompes entre deux ligatures.

Anesthésie rachidienne. Bon résultat sauf pendant les 10 dernières minutes pendant lesquelles la femme se plaint.

N° 1.477. — 26 juillet 1927. — Madame J... Germaine, II pare de 26 ans.

Césarienne sus-pubienne après une césarienne corporéale. Anesthésie rachidienne, résultat parfait.

Femme non en travail, sans contraction, membranes intactes.

Incision sous-ombilicale.

Le S. I. est très peu formé et on arrive très vite sur la portion non décollable. Le décollement du péritoine a été assez difficile.

Incision verticale du segment inférieur qui est presque aussi épais que dans la césarienne corporéale.

Extraction du fœtus (fille pesant 3.270 grammes) en mettant un doigt dans la bouche.

Délivrance par expression.

Au niveau de l'incision, celle-ci est légèrement déviée par en bas et portée à gauche de la ligne médiane. Le S. I. est très épais. L'orifice interne est fermé et se trouve à un travers de doigt au-dessous de l'extrémité inférieure de l'incision.

Péritonisation comme à l'ordinaire, facile.

L'opération terminée, on examine *l'utérus qui est très intimement adhérent à la paroi abdominale antérieure*. Au niveau de l'ancienne cicatrice, il existe une bride très dure, très épaisse, qui fixe l'utérus en avant. L'épiploon est fixé au fond utérin. On résèque la bride puis on sectionne les trompes entre deux ligatures. Comme on s'aperçoit qu'il existe une zone dénudée à l'ancienne cicatrice, on fixe cette zone à la paroi pour éviter des adhérences à l'intestin.

La césarienne basse qui était facile s'est trouvée compliquée du fait de la césarienne antérieure.

N° 1.863. — 19 septembre 1927. — Madame B... Anna, IV pare de 30 ans.

Césarienne basse chez une femme ayant déjà subi une césarienne corporéale.

Incision sous-ombilicale. *Adhérences très intimes de l'ancienne cicatrice, à la paroi abdominale.*

Le S. I. est de ce fait beaucoup moins formé qu'à l'état normal.

Le cul de sac vésico-utérin est très profond.

Décollement du péritoine qui est très mince.

Incision du S. I. qui est peu formé.

Extraction de la tête par expression (garçon pesant 3.220 grammes).

Délivrance également par expression. Pas d'hémorragie.

L'incision du S. I. a porté jusqu'à un travers de doigt environ au-dessus de l'orifice interne du col.

Suture du segment en deux plans. En examinant l'utérus, on voit qu'il est adhérent sur une hauteur de deux travers de doigt. Adhérences intimes avec la paroi abdominale.

L'opération a été rendue difficile à cause des adhérences dues à la césarienne antérieure.

Anesthésie rachidienne, bons résultats sauf vomissements.

N° 581. — 19 mars 1928. — Madame V... Augustine, III pare 34 ans.

Césarienne basse pour césarienne itérative, la première ayant porté sur le corps.

Incision sous-ombilicale.

La région opératoire sera complètement anormale du fait de l'opération antérieure. L'utérus est tordu sur son axe et de façon à présenter son bord gauche; d'autre part la *région de l'ancienne cicatrice s'est fixée aux intestins et à l'épiploon*, ce qui fait que le bord droit regarde la colonne vertébrale; cet état anatomique fait que le S. I. ne s'est pas formé. On essaie de décoller le péritoine au niveau du segment inférieur, on décolle facilement en haut, moins facilement en bas. Incision de ce segment très épais autant que si l'on avait incisé le corps utérin; cependant l'extrémité supérieure de cette incision arrive à un bon travers de doigt de l'orifice interne du col.

Extraction du fœtus par les forceps Pajot car l'incision ayant porté sur une région épaisse il se produit une rétraction de l'utérus sur la tête (fille pesant 3.390 grammes).

Quand on a incisé l'utérus, l'oreille et une anse de cordon apparaissent dans l'incision.

Délivrance artificielle.

Suture suivant le procédé ordinaire. Péritonisation à 2 lambeaux. On essaie d'extérioriser l'utérus et on s'aperçoit que *l'ancienne cicatrice est recouverte par un tablier d'épiploïte chronique* si épais qu'en certains points on croit qu'il contient une anse intestinale. Résection de cette anse. On arrive ainsi à pouvoir examiner les annexes droites qui regardent en arrière. Section des 2 trompes entre deux ligatures. Résection de l'épiploon.

Anesthésie rachidienne, bons résultats, femme très pusillanime. Bonne anesthésie. Hémorragie nulle.

N° 2.280. — 25 novembre 1928. — Madame D... Suzanne, III pare de 34 ans.

Hystérotomie itérative chez femme ayant eu une césarienne haute il y a 8 ans. Les suites de cette intervention avaient été difficiles avec suppuration de la paroi, il en était résulté une adhérence de la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale, aussi *avait-on décidé à l'avance de faire une césarienne haute* avec au besoin une incision transversale du fond de l'utérus.

Dès l'ouverture de la paroi abdominale qui est mince, on se rend compte que *des adhérences existent sur la partie inférieure de la première cicatrice utérine*. Au niveau de l'ombilic en particulier, il existe un *accolement complet de l'utérus à la paroi abdominale* comme s'il avait existé à un moment donné une fistule utéro-pariétale. On dégage en revanche assez facilement le fond de l'utérus des adhérences épiploïques qui l'encombrent et ceci fait, on arrive presque à extérioriser le fond.

Incision en U partant de la face antérieure, embrassant le fond et empiétant sur la face postérieure. On est frappé de l'épaisseur de la paroi musculaire à ce niveau, au moins 3 centimètres.

Les membranes font hernie aussitôt que la paroi musculaire est incisée, elles sont verdâtres. Par la brèche utérine, on extrait facilement un enfant de sexe féminin pesant 2.850 grammes, criant aussitôt; nombreux circulaires du cordon très long entouraient le cou de l'enfant.

Fermeture de la paroi utérine en deux plans. Ligature des trompes et suture au thermocautère. Fermeture de la paroi abdominale en un plan, avec crins doubles.

Anesthésie rachidienne. On est obligé de donner quelques bouffées de balsoforme.

N° 840. — 15 mai 1929. — Madame C... Germaine, IV pare de 32 ans.

Césarienne itérative chez femme ayant déjà subi 3 césariennes corporéales.

Incision sous-ombilicale.

Césarienne supra-symphysaire extrêmement simple. Le péritoine recouvrant le S. I. est très épais, et facilement décollable.

Extraction d'un fœtus recouvert de méconium et étant en état de spasme respiratoire, ranimé assez difficilement. Poids 3.150 grammes.

Délivrance immédiate par expression.

Liquide amniotique purée de pois.

Extériorisation de l'utérus pour examiner les anciennes cicatrices. *Pas d'adhérences. L'utérus est complètement libre.*

On retrouve la trace des incisions; l'une verticale, l'autre transversale au niveau du fond.

On termine par la section des trompes entre deux ligatures avec enfouissement du moignon interne.

Anesthésie rachidienne. Résultat parfait, pas de vomissements, pas la moindre hémorragie.

N° 281. — 13 février 1930. — Madame M... Solange.

Césarienne basse itérative chez femme ayant déjà subi une césarienne corporéale.

Ligature des trompes.

L'utérus se rétracte bien.

Incision sous-ombilicale, on arrive sur le S. I. qui est très peu formé.

Incision transversale du péritoine. Décollement par en haut et en bas.

Section transversale du S. I.

Le fœtus se présente par le siège. Extraction de celui-ci qui respire bien. Enfant pesant 3.680 grammes.

Suture du S. I. en deux plans comme à l'ordinaire. Péritonisation en redingite. L'incision du S. I. a porté à un travers de doigt environ de l'orifice interne du col.

On examine l'utérus qui est adhérent sur une certaine surface à la paroi abdominale. On le laisse.

On termine par une ligature des trompes.

On se décide alors à faire une hystérectomie sub-totale.

Péritonisation très difficile car il n'existe pas de péritoine en avant. On conserve le plus possible de péritoine en arrière que l'on ramène en avant sur la face supérieure de la vessie.

Fermeture de la paroi en trois plans après avoir mis une mèche dans la cavité de Retzius.

Anesthésie rachidienne excellente. Quelques vomissements. Femme pusillanime et cardiaque.

N° 375. — 26 février 1930. — Madame R... Madeleine, II pare de 26 ans.

Grossesse de 8 mois. Dilatation 5 francs. Membranes intactes. Femme en travail depuis minuit. Tête au D. S. B. G. R., femme très petite.

Césarienne basse itérative pour B. G. R. chez une femme ayant subi une césarienne corporéale en province en 1925.

Incision sous-ombilicale.

On ouvre le cul de sac vésico-utérin à 1 centimètre au-dessus du fond. Décollement facile du péritoine vésical. A la partie supérieure la séreuse est adhérente, on obtient cependant un lambeau suffisant de 3 à 4 centimètres de hauteur.

Incision transversale du S. I. allant d'un ligament rond à l'autre.

Extraction facile d'un garçon vivant pesant 2.450 grammes.

Délivrance par expression. On constate que l'hémorragie est plus abondante que d'habitude. On s'aperçoit que du côté gauche du S. I. il y a eu dilacération des tissus au moment de l'extraction de la tête.

Suture du S. I. par points séparés. Enfouissement du premier plan de suture à l'aide d'un surjet portant sur le raphé aponévrotique péri-utérin. A la fin de cette suture on se rend compte qu'il y a une légère hémorragie du côté gauche au niveau du point dont on a parlé plus haut. On passe un point en X qui arrête immédiatement. On fixe le feuillet supérieur péritonéal par trois points séparés. Le feuillet vésical par un double surjet. On extériorise l'utérus pour libérer les *adhérences épiploïques qui sont sur le fond utérin au niveau de l'ancienne cicatrice* vérifiée au cours de l'intervention. Quelques ligatures en chaîne sur l'épiploon.

Avant de fermer la paroi, résection d'une large frange épiploïque qui réunit l'estomac à la paroi abdominale antérieure.

Fermeture de la paroi en trois plans.
Points en X sur l'aponévrose.
Crins et agrafes sur la peau.
Anesthésie rachidienne.

N° 2.023. — 30 décembre 1930. — Madame G... Francesca, III pare de 27 ans.

Césarienne itérative (3^e) pour B. G. R. Les deux premières opérations ont été des césariennes hautes. On décide de faire une césarienne basse.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On pénètre sans difficulté dans la grande cavité péritonéale et sur le S. I. Incision transversale du péritoine. *Incision transversale du S. I.*

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.300 grammes.

Délivrance par expression.

Suture de la paroi utérine en deux plans.

Péritonisation en redingote. On procède à la vérification de l'utérus. Au niveau du corps utérin, il existe *une énorme adhérence du volume du pouce qui retient la paroi antérieure de l'utérus accolée à la paroi abdominale*. Cette adhérence est sectionnée entre deux ligatures. On va alors à la recherche de la trompe gauche qui est sectionnée. Il existe de nombreuses adhérences épiploïques au niveau du fond de l'utérus. La résection de ces adhérences entraînerait trop loin, aussi on les laisse. Section de la trompe droite.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne.

N° 1.797. — 12 octobre 1931. — Madame V... Rose, II pare de 35 ans.

Césarienne itérative pour B. G. R. chez femme ayant subi antérieurement une césarienne haute.

Résection de la cicatrice cutanée. Incision de la paroi abdominale. *L'utérus est adhérent jusqu'au niveau de l'ombilic.*

On dénude toute la face antérieure du S. I. et durant tout ce temps opératoire on reste extra-péritonéal.

Incision du S. I.

Extraction facile par expression utérine d'un enfant de sexe masculin ranimé après 15' de soins, pesant 3.510 grammes.

Délivrance pas expression et traction sur le cordon.

Durant ce temps, hémorragie assez abondante, on fait une piqûre intra-musculaire de 1cc d'hypophyse.

Le corps utérin se rétracte bien, mais il semble que la femme continue à saigner au niveau du S. I.

Suture par points séparés et surjet. Enfouissement du S. I.

On prolonge à la partie supérieure l'incision au-dessous de l'ombilic et on entre alors dans la grande cavité abdominale. Adhérences du grand épiploon et de l'utérus. On décolle les adhérences utéro-pariétales avec une certaine difficulté.

On extériorise alors l'utérus.

On pratique la ligature des trompes suivant le procédé habituel, par ligatures en deux points, et réunion au niveau d'une petite anse tubaire.

On ferme alors la paroi abdominale par surjet péritonéal.

Anesthésie au balsoforme.

2° Observations d'Hystérotomie basse succédant à une Césarienne basse

N° 899. — 3 mai 1926. — Madame P... Suzanne, II pare de 22 ans.

Césarienne basse itérative chez une femme opérée d'une césarienne basse en 1924 sous anesthésie rachidienne. Femme très pussillanine. Il est vraiment impossible d'essayer la rachianesthésie.

On résèque l'ancienne cicatrice. La paroi est épaisse, cicatricielle. On pénètre facilement dans la cavité péritonéale. On ne trouve que quelques adhérences très friables entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral; un coup de doigt suffit à les libérer. On se trouve en présence du S. I. et il est *impossible de savoir que cette femme a été opérée une première fois*. Pas de trace de cicatrice ni au niveau du S. I. ni au niveau du péritoine. À signaler que la séreuse est plus adhérente qu'en temps normal, il en résulte qu'au moment du décollement celle-ci se déchire un peu.

Incision du S. I., la section porte sans qu'on l'ai voulu au niveau de l'ancienne cicatrice; on s'en aperçoit à ce que le segment à cet endroit est cicatriciel et dur à sectionner.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.450 grammes.

L'hémorragie est un peu plus importante qu'avec l'anesthésie

rachidienne. Une fois la délivrance terminée on examine le S. I. qui est d'une épaisseur normale.

Fermeture de l'utérus. Il est possible de péritoniser, mais la péritonisation est moins bonne que s'il s'agissait d'une première opération. Suture de la paroi en trois plans.

N° 1.749. — 25 août 1926. — Madame M... Mathilde, II pare de 21 ans.

Césarienne basse itérative chez femme opérée il y a deux ans par le même procédé (césarienne basse pour B. G. R.).

Résection de l'ancienne cicatrice. La paroi incisée en plein tissu cicatriciel, on ne trouve pas l'ombre d'une adhérence.

Au niveau du S. I., la *péritonisation de la première intervention n'a laissé aucune cicatrice*. On trouve seulement le péritoine un peu épais mais il paraît absolument souple. L'incision transversale du péritoine permet un décollement très facile du lambeau inférieur. On trouve tout au plus quelques petits tractus fibreux au niveau de l'ancienne cicatrice. Sur le côté le décollement se fait avec la plus grande facilité. La dissection du feuillet supérieur du péritoine est également très facile sauf sur la ligne médiane au niveau de l'ancienne cicatrice. Incision de la paroi utérine au niveau de l'ancienne cicatrice. Pas l'ombre d'hémorragie.

Extraction d'un garçon criant de suite et pesant 4.090 grammes.

Délivrance par décollement.

Fermeture de l'utérus en deux plans. On ne résèque pas l'ancienne cicatrice car l'utérus est extrêmement souple.

Péritonisation facile en redingote.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne parfaite.

N° 1.243. — 29 juin 1927. — Madame G..., II pare de 24 ans.

Césarienne itérative pour bassin rétréci. Césarienne basse antérieure. Résection de l'ancienne cicatrice.

L'ouverture de l'abdomen montre des adhérences nombreuses. *La vessie est extrêmement haut placé devant l'utérus*. Au premier abord, il semble cependant qu'il existe un plan de clivage entre la vessie et l'utérus, avec un repli à ce niveau.

Quand on enlève ce repli on s'aperçoit qu'il s'agit du fascia

fibreux pré-utérin. On fait cependant porter l'incision utérine sur le S. I.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.250 grammes.

Premier plan de suture sur l'utérus, points séparés. Surjet sur le fascia fibreux qui enfouit complètement le premier plan de suture.

On péritonise ensuite en prenant un lambeau de péritoine qui se trouve sur le côté gauche et on recouvre la cicatrice utérine par ce lambeau péritonéal sur le premier revêtement, de telle sorte qu'on obtient une péritonisation à peu près complète et qui recouvre le plan de suture utérin.

Cependant, dans toute cette manœuvre, on est considérablement gêné par la vessie qui se trouve au-dessus et en avant du revêtement péritonéal.

Résection des trompes avant la ligature.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Pendant la réfection on est encore gêné par la vessie qui se trouve derrière l'aponévrose.

Anesthésie rachidienne.

N° 160. — 21 janvier 1928. — Madame G... Rachel, II pare de 30 ans.

Césarienne basse itérative chez femme ayant déjà été opérée une fois de césarienne basse.

Incision sous-ombilicale. Le péritoine étant ouvert *on ne croirait pas que la femme ait déjà subi une opération*. Cependant, au moment où on le décolle, on s'aperçoit que le péritoine supérieur est assez adhérent et que la zone commune entre la vessie et le S. I. est relativement adhérente, si bien que l'on est obligé de décoller le S. I. de la vessie aux ciseaux. Mais cette séparation est facile.

Section du S. I. normale. L'oreille de l'enfant apparaît à l'incision.

Extraction facile.

Délivrance par expression.

Suture suivant le procédé ordinaire.

Péritonisation suffisante.

Anesthésie rachidienne, très bon résultat.

N° 1372. — 19 juillet 1928. — Madame Z... Yvonne, III pare de 30 ans.

Césarienne itérative et conservatrice pour présentation transversale. (Césarienne basse antérieure.)

A l'ouverture de l'abdomen on constate qu'il existe une large zone d'adhérences entre le péritoine utérin et le péritoine pariétal. On décolle ces adhérences et on tombe alors sur le péritoine libre.

A la partie inférieure il est *impossible de décoller la vessie de l'utérus*, on passe alors dans le tissu sous-péritonéal; dans ces conditions on arrive sur le S. I. Incision du S. I. on reconnaît l'ancienne cicatrice du S. I.; cependant à la suture on ne note aucune diminution d'épaisseur.

Extraction d'un enfant de sexe masculin criant après désobstruction des voies aériennes, pesant 3.300 grammes.

Délivrance par expression.

Suture du S. I. suivant le mode habituel, la partie supérieure de l'incision montant sur le corps de l'utérus. Péritonisation difficile, on est obligé de prendre des lambeaux péritonéaux situés sur le côté de l'utérus et de les ramener sur la suture utérine. Heureusement il existe du côté gauche un lambeau péritonéal qui permet de recouvrir entièrement la suture utérine.

Ligature et section des trompes.

Suture de la paroi en trois plans.

La fermeture du péritoine étant difficile au niveau de la partie inférieure de l'incision, surjet au catgut sur les aponeévroses.

N° 1.367. — Août 1929. — Madame V... Juliette.

Césarienne basse pour B. G. R.

A l'ouverture du péritoine, on tombe sur des adhérences péritonéales étendues sur toute la face antérieure du S. I.

Tout le cul de sac vésico-utérin est symphysé, de sorte qu'après avoir incisé la paroi on arrive sur la face antérieure de l'utérus sans avoir ouvert la grande cavité péritonéale qui est ouverte secondairement en remontant vers le haut. On décolle simplement la vessie vers le bas sans faire le décollement du feuillet supérieur et on incise la face antérieure du S. I. comme à l'ordinaire.

Extraction d'un garçon vivant, pesant 3.020 grammes.

Délivrance par expression.

Hémorragie modérée.

Suture du S. I. en deux plans. Péritonisation atypique en raison des adhérences. Section des trompes entre deux ligatures.

Enfouissement imparfait du moignon de la trompe gauche.

Enfouissement du moignon de la trompe droite.

Suture de la paroi en trois plans.

Rachianesthésie impossible. Anesthésie au balsoforme.

N° 1.607. — 14 septembre 1929. — Madame G... III pare de 42 ans.

Césarienne itérative chez femme ayant subi une première césarienne basse.

Résection de l'ancienne cicatrice cutanée.

L'enfant se présente par le siège; les membranes sont rompues.

On arrive directement sur le S. I. libre de toute adhérence.

La vessie est haut située. On décolle le péritoine, mais on s'aperçoit que celui-ci est adhérent au S. I., principalement en bas, du côté de la vessie.

Incision du S. I.

L'enfant a perdu du méconium.

Extraction facile en tirant sur le pied. L'enfant crie immédiatement.

L'utérus se rétracte vigoureusement. Aucune hémorragie. Délivrance par expression.

Suture suivant le procédé ordinaire.

A noter que le péritoine du S. I. était tellement adhérent en haut qu'on est obligé de décoller en plein tissu musculaire.

En somme, opération facile.

A noter également qu'il a été impossible de retrouver l'ancienne ligne d'incision du S. I.

Ligature des trompes.

Anesthésie rachidienne, résultat parfait.

N° 1.737. — 3 octobre 1929. — Madame H... Germaine, III pare de 25 ans.

Césarienne basse itérative pour B. G. R. au début du tra-

vail. (Cés. basse antérieure.) La femme présente de nombreuses adhérences au niveau de la cicatrice.

On trouve, à l'ouverture de l'abdomen, des adhérences épiploïques anormales. On est obligé de les réséquer.

On arrive sur l'utérus et on éprouve une grosse difficulté à *décoller le péritoine qui est extrêmement adhérent au S. I. et surtout à la vessie*. On parvient cependant à décoller le péritoine vésical de la face antérieure de l'utérus.

Le péritoine supérieur est aussi très adhérent. On le décolle prudemment aux ciseaux et à la compresse.

On aperçoit alors sur le S. I. les traces de l'ancienne cicatrice.

Incision du S. I.

Extraction facile d'un garçon pesant 3.500 grammes.

Délivrance par expression.

Double ligature des trompes. Suture du S. I.

Quelques adhérences de l'épiploon au péritoine obligent à mettre des ligatures d'hémostase.

Péritonisation présentant quelques difficultés, en raison des adhérences.

Suture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne.

N° 321. — 18 février 1930. — Madame L... Léonie, II pare de 37 ans.

Césarienne basse itérative chez femme opérée il y a 4 ans par la même technique pour B. G. R.

A l'ouverture du péritoine, il *n'y a pas d'adhérences*; la ligne de suture datant de la première opération est à peine visible.

Décollement facile du péritoine en plusieurs fascias.

Incision transversale de l'utérus (la première incision verticale).

Extraction d'une fille vivante pesant 3.250 grammes.

Fermeture de l'utérus en deux plans.

Ligature des trompes par plicature sans sections.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne.

N° 518. — 23 mars 1930. — Madame M... Joséphine, II pare de 30 ans.

Césarienne itérative pour bassin G. R. (Cés. basse antérieure.)

La parotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, on constate que *la vessie remonte très haut vers l'ombilic*. Décollement du péritoine.

Incision transversale de l'utérus.

A l'aide du forceps Pajot, on extrait une fille vivante pesant 3.480 grammes. Délivrance par expression.

Suture de la paroi utérine en deux plans.

Péritonisation difficile. On est obligé de rabattre le péritoine vésico-pariétal.

Suture et ligature des trompes.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne parfaite. Opération sans incident.

N° 82. — 13 janvier 1931. — Madame P... Germaine, II pare de 25 ans.

Césarienne itérative pour B. G. R. chez une femme en travail depuis huit heures. (Césarienne basse antérieure.)

A l'ouverture de l'abdomen, on ne trouve pas d'adhérence, mais en décollant la vessie on constate une *désunion de la cicatrice ancienne au niveau du S. I.* avec les membranes qui font saillie, agrandissement de cette désunion.

On extrait facilement un enfant vivant, pesant 3.200 grammes

Délivrance par expression.

Fermeture de l'utérus en deux plans.

Péritonisation assez facile.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne.

3° — Cas de césariennes basses succédant à des césariennes hautes et basses antérieures

N° 356. — 16 février 1928. — Madame C... Marie, III pare de 26 ans.

Césarienne basse pour bassin rétréci chez femme ayant subi antérieurement deux césariennes dont une haute et une basse.

Césarienne suivie de stérilisation de la femme.

Résection de la cicatrice ancienne. On trouve la paroi cicatricielle et après l'ouverture du péritoine on constate que l'on est directement sur du tissu utérin. *Toute la face antérieure*

de l'utérus adhère au péritoine pariétal antérieur au niveau du S. I.

Il est impossible de trouver le feuillet péritonéal séparant la vessie de l'utérus. On décolle la vessie du S. I. et on pratique la section de l'utérus. Le champ opératoire reste ainsi séparé de la grande cavité péritonéale par les adhérences avec la paroi. La ponction utérine montre un liquide teinté de méconium.

Extraction d'un garçon ranimé après 20' de soins et pesant 3.350 grammes.

Délivrance artificielle.

Suture de la paroi utérine par des points séparés. Hypophyse, ergotine.

On décide d'extérioriser l'utérus afin de pratiquer la ligature des trompes. Dans la portion supérieure péri-ombilicale on sectionne des adhérences épiploïques serrées. On libère le fond de l'utérus et en glissant le doigt on se trouve dans la cavité abdominale. On décolle soigneusement le péritoine pariétal antérieur de l'utérus et on arrive à libérer l'utérus de ses adhérences. Il est possible de recouvrir la suture du segment inférieur par deux feuillets latéraux du péritoine. Quelques points en U au niveau du fond utérin dépéritonisé et saignant. On fait un petit surjet pour accoler le péritoine au fond de l'utérus. Section des trompes au thermocautère entre deux ligatures. Ligature sur le pédicule vasculaire.

Réfection de la paroi en trois plans.

Anesthésie au mélange (on n'a pu réussir la rachi-anesthésie).

N° 65. — 11 janvier 1932. — Madame M... Lucienne, III pare de 28 ans.

Césarienne itérative chez femme ayant subi, il y a 10 ans, une césarienne haute, et il y a 7 ans, une césarienne basse.

Laparotomie sous-ombilicale. Cavité péritonéale absolument libre d'adhérences tout au moins en ce qui concerne la face antérieure de l'utérus sur laquelle on arrive directement.

On décide une césarienne basse classique, mais le S. I. étant très mal formé il est difficile de décoller suffisamment le péritoine pour faire une incision verticale de l'utérus. *On incise donc celui-ci transversalement.* L'œuf est extrait sans difficultés et se rompt au dernier moment.

Extraction d'une fille vivante pesant 3.550 grammes.

Sutures et fermeture de la paroi.

A droite, adhérences de l'épiploon à l'utérus d'une part, et à la paroi d'autre part, qui ont fait dévier la cicatrice de la première césarienne haute du côté droit, et sous les adhérences on trouve cette cicatrice sclérosée.

Rachianesthésie.

N° 900. — 7 juin 1933. — Madame H... Germaine, III pare de 32 ans.

Césarienne itérative chez femme ayant subi antérieurement deux césariennes dont une haute et une basse.

Résection de l'ancienne cicatrice. On tombe sur des *adhérences très serrées sur la face antérieure et sur le fond de l'utérus*, attachant la paroi utérine et abdominale.

Au travers de ces adhérences on met à nu une étendue suffisante de paroi utérine pour faire l'incision utérine.

On ne garnit pas à cause des adhérences latérales et supérieures.

On effondre les adhérences latérales pour trouver les trompes. A cause de ces adhérences, on stérilise la femme en pratiquant la section entre double ligature.

On péritonise sommairement l'incision utérine.

Fermeture de l'utérus en deux plans.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie au balsoforme.

4° — Quelques cas particuliers

N° 960. — 1^{er} juin 1930. — Madame L... Rose, II pare de 28 ans.

Césarienne haute itérative pour B. G. R. Rachianesthésie difficile. Tendance syncopale de la malade. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Résection de l'ancienne cicatrice. La femme souffre. Mauvaise anesthésie, on est obligé de donner un peu de balsoforme.

Epiploon adhérent à la paroi antérieure de l'utérus.

On tente une césarienne basse, mais on abandonne ce procédé qui est difficile à cause des adhérences et de la tendance de l'utérus à s'extérioriser sous l'influence des vomissements.

Césarienne haute. Le placenta est en avant. On le décolle rapidement et on extrait par version un enfant de sexe féminin, pesant 2.700 grammes et criant immédiatement.

Fermeture de l'utérus avec des points à la soie intercalés de points de catgut.

Surjet d'enfouissement au catgut.

On ne lie pas les trompes, cette femme ne l'ayant pas demandé, et ceci malgré l'incident de la rachi.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Pendant la fin de l'intervention on annonce que l'enfant ne va pas très bien. Il est en syncope blanche. Des soins lui sont donnés pendant une heure. Impossibilité de le ranimer (bains chauds, bains froids, etc...).

N° 742. — 28 avril 1930. — Madame D... Marie-Louise, III pare de 35 ans.

Césarienne itérative pour B. G. R. Stérilisation par ligature des trompes.

Femme ayant subi une césarienne basse le 28 mai 1928 et présentant actuellement une *hernie sus-pubienne*, juste au niveau de la partie inférieure de l'ancienne cicatrice correspondant à la vessie.

A l'examen : grossesse gémellaire. Membranes rompues.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, l'incision s'arrêtant en bas au-dessus de la hernie.

Après l'ouverture de la paroi, on constate qu'il n'y a aucune adhérence.

Incision transversale du péritoine. Le décollement est facile. Incision verticale du S. I.

Extraction à l'aide du forceps Pajot du premier jumeau : garçon vivant pesant 3.470 grammes.

Incision de la deuxième poche amniotique.

Extraction du deuxième jumeau : garçon vivant pesant 2.900 grammes.

Délivrance par traction et expression.

Hémorragie plus abondante que d'habitude. Icc hypophyse.

Suture du S. I. en deux plans. Péritonisation facile. Stérilisation par ligature des trompes.

Résection de la partie cutanée correspondant au sac herniaire. Le sac est vide. La vessie n'est pas adhérente.

Le péritoine pré-vésical est sans adhérence. Résection de la poche herniaire.

On isole ensuite les différents plans.

Anesthésie rachidienne.

Gémellaire bivitelline.

N° 2.377. — 8 décembre 1927. — Madame L... Léone, IV pare de 27 ans.

Césarienne itérative (3^e cés.) chez une femme ayant été opérée d'une éventration au quatrième mois de sa grossesse actuelle. La femme présentait depuis la veille quelques contractions et pas de douleurs. Le col était alors complètement fermé, non effacé et comme la grossesse n'était pas tout à fait à terme on avait décidé d'attendre. La femme n'avait pas eu de douleurs au cours de la journée, mais le jeudi 8 elle fait une abondante hémorragie à 4 heures du matin et continue à saigner. Intervention à 10 heures et demie.

Etant donnée la disposition des cicatrices antérieures, on pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale. On a, par le palper, l'impression que les anses intestinales adhèrent à la face interne de la paroi au niveau de la cicatrice et dans la région péri-ombilicale du côté gauche. Au contraire, il semble que du côté droit il n'y ait pas d'intestins; aussi incise-t-on immédiatement à droite de la ligne médiane, le long de l'ancienne cicatrice pratiquée au cours de la première césarienne corporéale. Incision prudente de la paroi. Libération de quelques adhérences épiploïques, on note immédiatement *qu'une anse grêle (sur une dizaine de centimètres), adhère à la paroi au niveau de la cicatrice*. Après protection sérieuse on incise l'utérus (sans extériorisation) au niveau du fond. Incision qui va d'une corne à l'autre. Il s'écoule un liquide extrêmement teinté. Le fœtus se présente transversalement. On va chercher un pied et on l'extrait très facilement (enfant vivant pesant 3.630 grammes).

On essaie de faire la délivrance par expression, chose impossible. On n'a pas de point d'appui pour exprimer le contenu utérin. Le placenta s'insérerait sur le S. I. et le col. On est obligé de faire une délivrance artificielle et on note alors que ce placenta est extrêmement adhérent au niveau des cicatrices utérines antérieures et au niveau du S. I. On suture le fond par des points séparés et on fait un surjet suivant le procédé

habituel. Durant l'extraction du placenta et jusqu'à la fin de la suture, la femme, malgré hypothyse et ergotine, saigne énormément.

On pratique ensuite la section des deux trompes entre deux ligatures. On vérifie l'hémostase qui semble parfaite. Pas une goutte de sang ne s'écoule, mais l'utérus est extrêmement mou. On pratique ensuite la libération de l'anse intestinale adhérente au niveau de laquelle l'intestin grêle forme une coudure très aiguë. Pour ne pas perdre de temps, on découpe un lambeau aponévrotique sur toute la zone d'adhérences intestinales et on rentre ce lambeau avec l'incision. On pratique ensuite la suture pariétale au moyen de fils de bronze et de crins. On note de nouveau un très important écoulement de sang à l'expression de l'utérus.

La femme a un pouls rapide, elle est pâle; il semble qu'elle soit très touchée par l'abondance de l'hémorragie.

On fait 500 centimètres cubes de sérum intraveineux chaud. Malgré sérum, adrénaline, huile camphrée, spartéine, etc..., les accidents de shock s'accroissent, la femme perd d'une façon continue quoique peu abondamment. Elle se refroidit. Vers 17 heures ses extrémités se cyanosent et peu de temps après elle meurt.

N° 124. — 19 janvier 1930. — Madame P... Mariette, II pare de 29 ans.

Césarienne basse itérative suivie d'hystérectomie chez une femme ayant un bassin rétréci et ayant déjà eu une césarienne basse. Laparotomie sous-ombilicale. La vessie est adhérente jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. *Décollement difficile de la vessie qui présente des adhérences intimes avec le S. I.* On est obligé de séparer au ciseaux la vessie de l'utérus. Il n'existe plus trace de zone décollable au niveau du S. I. *Incision transversale de l'utérus.*

Extraction d'un garçon vivant, pesant 3.980 grammes.

Placenta adhérent, on est obligé de faire une délivrance artificielle.

Dans la suture de l'incision utérine on est gêné par la vessie qui déborde. Toute la zone cicatricielle est extrêmement vasculaire; il se produit des hémorragies en nappe. Hémostase difficile. Points successifs superposés pour essayer d'arrêter l'hémorragie.

N° 1.675. — 7 octobre 1933. — Madame S... Rose, III pare de 31 ans.

Deux césariennes basses antérieures.

Résection de la cicatrice cutanée.

On pénètre à travers une paroi cicatricielle, presque sur la face antérieure de l'utérus, et on s'aperçoit qu'il est impossible de pénétrer dans la cavité abdominale car il existe une *symphyse utéro-pariétale*.

On recherche à la partie supérieure de la plaie s'il n'est pas possible de pénétrer dans la cavité péritonéale. On y pénètre assez facilement à droite et en haut.

Libération d'adhérences utéro-pariétales très intimes.

Libération des adhérences du côté gauche. Adhérences encore plus marquées.

Fermeture de l'utérus par points séparés, puis surjet d'enfouissement. Péritonisation assez facile.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie au schleich.

N° 1.411. — 9 juillet 1926. — Madame D... Suzanne, III pare de 26 ans.

Césarienne basse itérative suivie d'*hystérectomie* chez une femme ayant déjà subi deux césariennes corporéales pour B. G. R.

Essai d'anesthésie rachidienne sans succès. Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale rejoignant en haut les anciennes incisions.

Dès l'ouverture de la paroi, on tombe sur des adhérences intimes pariéto-viscérales. On les libère. La vessie remonte haut et est un peu adhérente en avant. Décollement du péritoine qui est friable à cause des adhérences. Le S. I. est mince et saillant (la poche des eaux n'est pas rompue).

Extraction assez pénible d'un fœtus vivant pesant 2.770 grammes, dont la bouche est tout à fait en arrière. Hémorragie assez abondante. Délivrance par expression. On explore alors l'utérus. Son fond porte deux cicatrices, l'une verticale, l'autre horizontale. A l'union des deux cicatrices dans un sillon profond bordé par deux masses dures, on aperçoit un cul de sac, et le doigt intra-utérin montre qu'il existe à ce niveau *une rupture de la cicatrice* probablement

faite lors de la libération des adhérences ou pendant les manœuvres d'extraction de la délivrance.

A ce niveau, la cicatrice est très adhérente à une anse d'intestin grêle, le bord gauche de l'utérus est également adhérent au grêle. En raison de ces lésions, et comme d'autre part on avait l'intention de faire une ligature des trompes, on décide de faire une hystérectomie. On sectionne d'abord les deux zones d'adhérences intestinales en passant le plus loin possible de l'intestin; celui-ci est repéré et vérifié ultérieurement (intégrité absolue). Hystérectomie sub-totale facile suivie de péritonisation facile également.

Section entre ligatures de quelques adhérences épiploïques.

Fermeture du péritoine prenant dans la moitié inférieure le péritoine séreux pré-vésical de manière à fermer la cavité de Retzius.

Suture de la paroi en trois plans.

N° 858. — 11 mai 1927. — Madame G... Germaine, II pare de 26 ans.

Césarienne itérative pour rétrécissement du bassin. (Césarienne haute antérieure). Rupture utérine. Hystérectomie sub-totale.

A l'ouverture de l'abdomen, on voit une grande quantité de sang avec de volumineux caillots sur la face antérieure de l'utérus, on agrandit l'incision et on s'aperçoit que le placenta est presque complètement sorti de l'utérus par une brèche située au niveau de son fond. On enlève le placenta qui ne tient plus que par les membranes, et on constate que l'utérus, probablement sous l'influence de la rachi, est rétracté et ne saigne pas. On retire l'enfant, on essaye d'extérioriser l'utérus, lequel présente des *adhérences extrêmement serrées au niveau du colon sigmoïde et de la paroi utérine*. Pont fibreux large de 7 à 8 centimètres. On libère l'utérus qui est complètement tordu sur lui-même. Ligature des pédicules. *Hystérectomie sub-totale* très facile et sans aucun incident.

Fermeture du col par un surjet au catgut.

Péritonisation facile.

Suture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne parfaite.

Au moment où on a retiré l'enfant, le cordon était encore animé de battements, mais, malgré tous les soins, il n'a pu être ranimé (garçon pesant 3.800 grammes).

L'examen de la pièce montre que la rupture utérine siège au niveau du fond, la paroi postérieure est épaisse de 3 à 4 centimètres, la paroi antérieure est au contraire mince et à la partie inférieure de la première incision, la paroi est constituée seulement par la séreuse et une très mince couche de tissu fibreux de 2 ou 3 millimètres au maximum; la longueur de la rupture comprend la totalité de la longueur de la première hystérotomie, c'est-à-dire 12 centimètres environ.

N° 174. — 23 janvier 1928. — Madame H... Eugénie, III pare de 34 ans.

Césarienne basse itérative. Femme ayant subi antérieurement une embryotomie et une césarienne basse.

La paroi incisée, on tombe sur *des adhérences qui réunissent le péritoine pariétal à la face antérieure de l'utérus*.

On libère les adhérences. On tombe sur le S. I. qui a des adhérences avec le péritoine rétro-vésical.

L'incision du péritoine permet d'arriver sur le S. I. Incision.

Extraction d'un enfant de sexe masculin, pesant 3.520 grammes.

Délivrance par expression et traction.

Fermeture de la paroi en deux plans.

Péritonisation par adossement des feuillets péritonéaux. Au cours de cette intervention, une petite hémorragie s'est produite nécessitant la mise en place de deux points supplémentaires.

On décide de faire la ligature des trompes. A droite, on sectionne au thermocautère, entre deux ligatures.

A gauche, en libérant les annexes, on se rend compte qu'il existe un kyste de l'ovaire gros comme un œuf. Ablation.

Fermeture de la paroi en trois plans, difficile à cause des adhérences et du mauvais état du péritoine.

Anesthésie rachidienne.

Suites opératoires : décès de la femme.

5° Observations de l'Hôpital Saint-Louis

N° 1.133. — 13 mai 1931. (*Saint-Louis*). — Madame H... Jeanne, II pare de 19 ans.

Première grossesse, césarienne basse à 16 ans.

Césarienne basse itérative. Incision médiane verticale allant de l'ombilic au pubis sur l'ancienne cicatrice.

L'abdomen ouvert, on voit la saillie de la vessie adhérente au S. I. Incision transversale du péritoine, du S. I., mais le décollement ne peut être fait qu'en bas sur une hauteur de 2 centimètres, le reste du péritoine étant adhérent sur le S. I. et impossible à disséquer.

En haut, le péritoine se décolle sur une hauteur de 1 centimètre et demi, impossible de faire une incision uniquement sur le S. I.

Incision verticale du S. I. partant à 1 centimètre et demi au-dessus de l'adhérence vésicale et remontant sur la partie basse de l'utérus. Cette incision saigne abondamment, écoulement sanguin abondant qui provient surtout du décollement du bord inférieur du placenta qui se trouve au niveau de l'incision. La main introduite dans l'utérus attrape un pied. On extrait rapidement l'enfant. Garçon vivant pesant 2.820 grammes. Immédiatement après délivrance artificielle. Icc ergotine.

Introduction momentanée d'un champ dans l'utérus. On commence la suture du S. I. à points séparés. On retire le champ. On finit la suture par un surjet à l'envers sur la partie du péritoine adhérent.

Couture du S. I.

On peut recouvrir complètement la partie du S. I. par le péritoine. Un petit drain est laissé à la partie inférieure de la plaie.

La femme n'a pas énormément saigné. Etat général bon à la fin de l'intervention.

Anesthésie générale.

N° . — 28 février 1933. (*Saint-Louis*). — Madame F... Marguerite, III pare de 26 ans.

Césarienne basse itérative avant tout début de travail pour bassin rétréci.

1^{re} grossesse en 1927, forceps, enfant mort immédiatement.

2^e grossesse en 1931, césarienne basse, enfant bien portant.

3^e grossesse actuelle.

Réséction de la cicatrice abdominale antérieure. Ouverture facile du péritoine au-dessous de l'ombilic. Il existe un voile d'adhérences au niveau du 1/3 inférieur de l'utérus, adhérences superficielles facilement réséquées.

Le péritoine est décollable au niveau de l'incision du

1/3 inférieur et du 1/3 moyen de l'utérus; mais la vessie est adhérente, on fait un décollement du péritoine à la partie supérieure. Pour faciliter ce décollement on fait une incision antérieure et médiane sur la languette supérieure du péritoine. On arrive ainsi assez péniblement à avoir une zone de décollement suffisant pour qu'il soit possible d'inciser le S. I. libéré. L'incision saigne peu.

Extraction d'un garçon vivant pesant 3.900 grammes.

Délivrance immédiate.

Suture du S. I. en deux plans.

Péritonisation complète un peu atypique.

Anesthésie rachidienne à la novocaïne. Femme indocile.
Anesthésie générale.

N° . — 5 janvier 1933. (*Saint-Louis*). — Madame S...
Julie, II pare de 28 ans.

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci chez femme ayant déjà subi antérieurement une césarienne basse.

Incision médiane du pubis à l'ombilic. L'abdomen ouvert on voit la partie basse de l'utérus. La vessie est basse et située devant la partie inférieure du S. I.

Le péritoine devant le S. I. paraît épais et plissé. Il y a en avant adhérence de la paroi à la partie gauche du S. I. insignifiante.

On essaie l'incision transversale du S. I., on ne peut pas trouver de plan de clivage, il semble que l'on aura de la difficulté à décoller le péritoine et à avoir une surface suffisante d'isolement du S. I., et qu'on risque de déchirer le foyer péritonéal; on n'insiste pas et une incision de 10 centimètres environ est faite, portant moitié sur le S. I., moitié sur le corps.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2.850 grammes.

Au bout d'un moment, délivrance artificielle.

1 centimètre cube d'ergotine.

La perte sanguine est moyenne.

Fermeture de l'incision utérine (1 catgut n° 4 sur le corps, et n° 2 sur le S. I.).

Surjet au catgut n° 2 sur toute la hauteur de l'incision recouvrant la première suture.

La partie du péritoine décollée devant le S. I. est ramenée en avant de l'extrémité inférieure de la suture.

Fermeture de l'abdomen.

Anesthésie au chloroforme.

N° . — 11 mars 1933. (*Saint-Louis*). — Madame K...,
II pare de 30 ans.

Césarienne basse itérative pour bassin rétréci chez femme ayant déjà subi, antérieurement, une césarienne basse, après épreuve prolongée du travail.

Femme non en travail.

Résection de l'ancienne cicatrice abdominale.

A l'examen de l'utérus il semble que la zone décollable pourra s'étendre assez haut. La vessie est fixée en position suspubienne. On commence le décollement du péritoine, on peut l'inciser en haut sur 7 à 8 centimètres, en bas il est adhérent dès qu'on approche de la vessie. On est arrivé à décoller le péritoine sur une étendue qui paraît suffisante.

On incise l'utérus. On tombe sur l'insertion du placenta. Hémorragie assez importante. On passe à travers le placenta et on va chercher le pied du fœtus, on l'extraît assez facilement.

On s'aperçoit que la cicatrice ancienne est déchirée à la partie inférieure. La vessie paraît intacte.

Suture de l'utérus par points séparés.

Péritonisation faite d'une façon assez atypique.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Rachianesthésie à la novocaïne. Bons résultats.

N° . — 27 mai 1933. (*Saint-Louis*). — Madame B...
Jeanne, II pare de 33 ans.

A subi une césarienne en janvier 1932 pour bassin asymétrique.

Césarienne basse itérative. On fait 1 centimètre cube d'hypophyse au début de l'opération. Incision médiane sous-ombilicale sur la cicatrice antérieure.

Ouverture de l'abdomen. On voit le S. I. bien déplié sur lequel le péritoine est décollable. Incision transversale du péritoine. En bas, la vessie remonte un peu sur le S. I. auquel elle est adhérente, le feuillet inférieur du péritoine se décolle

facilement jusqu'à la vessie. Plus bas, la vessie est adhérente et peut être décollée sans risque du S. I. En haut, le péritoine se laisse décoller, la partie décollable remonte à 1 centimètre et demi sur le corps. L'incision de l'utérus partant du bas immédiatement au-dessus de la vessie et qui remonte à 1 centimètre sur le corps sans inciser le péritoine adhérent. Énucléation prudente de la tête fœtale pour ne pas agrandir la section en bas et léser la vessie. Garçon vivant pesant 3.650 grammes.

Extraction du placenta. Pas d'hémorragie.

Terminaison facile suivant la technique habituelle.

N° . — (*Saint-Louis*). — Madame F... Adèle, II pare de 29 ans.

Césarienne basse itérative chez une femme ayant déjà eu une césarienne basse conservatrice pour B. G. R. Epreuve du travail de vingt-trois heures au premier accouchement.

On a attendu, pour opérer, que la femme ait eu quelques contractions utérines. Résection de la cicatrice cutanée. Ouverture prudente de la cavité abdominale. Le cul de sac vésico-utérin est plus élevé que de coutume. Il existe au-dessus de lui, une petite zone décollable d'environ 3 centimètres de haut. On incise transversalement le péritoine sous cette zone décollable à environ 1 centimètre au-dessus du cul de sac vésico-utérin. On y arrive sur une étendue d'environ 2 centimètres. Puis on décolle le péritoine vers le haut. Là encore, la zone décollable est très limitée. En somme on a une zone décollable d'environ 5 centimètres de haut. Si on veut pousser le décollement au-dessus de la vessie, on a l'impression que l'on risque de provoquer des hémorragies en nappe par le haut et sans aucun doute on risque de déchirer le péritoine.

Dans ces conditions, on a le choix entre deux techniques : ou bien faire une césarienne en partie sur la zone décollable et en partie sur la zone non décollée, ou bien, et c'est la technique adoptée, faire une incision transversale dans le milieu de la zone décollée en ayant soin, à droite et à gauche, de ne pas atteindre le hile. Cette incision est faite sans rupture de la poche des eaux. On la rompt.

Extraction d'un garçon pesant 3.450 grammes qui se présente par le siège. L'incision utérine a certainement été faite

à la limite du S. I. Dans ces conditions la péritonisation est facile et excellente.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Anesthésie rachidienne. Aucun résultat, on est obligé de donner de l'éther. Femme très calme.

CONCLUSIONS

L'étude de nos différentes observations et des faits publiés par les auteurs, nous permet de tirer certaines conclusions à propos de la césarienne basse itérative.

1° Les avantages de la césarienne basse supra-symphysaire sur la césarienne haute classique ne sont plus à démontrer. Actuellement, l'hystérotomie basse demeure, dans la presque totalité des cas, l'opération de choix. Deux grands avantages lui restent acquis : la possibilité d'opérer des cas impurs et de tenter l'épreuve du travail, car la crainte de rupture utérine est réduite au minimum.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, les accidents au niveau de la paroi sont plus rares.

Les adhérences sont diminuées dans une proportion considérable. Un seul fait particulier à signaler : la fréquence des adhérences avec la vessie. Cependant, rarement celles-ci gêneront l'opérateur au cours de la nouvelle intervention.

3° Il est maintenant bien acquis, en se basant d'une part sur les examens macroscopiques, d'autre part sur les résultats de la clinique, que la cicatrice utérine au niveau du S. I. est bien supérieure à la section sur le fond de l'utérus. Soit que la cicatrice ne puisse être retrouvée lors d'une nouvelle intervention, soit que seule sa recherche au cours de l'intervention permette de la découvrir, soit encore que seul l'examen microscopique permette de la déceler. Dans tous les cas, elle demeure excellente et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'a vue se désunir et être la cause d'une rupture utérine.

4° Au point de vue de la fertilisation, la césarienne itérative ne semble en rien diminuer la fécondité de la femme. Un seul facteur, d'ordre psychique, serait peut-être la cause d'une moins grande fertilité : c'est que volontairement la femme, par crainte d'une nouvelle intervention, écarterait la possibilité d'une nouvelle grossesse. Ce facteur tend à diminuer du fait, d'une part, des meilleurs résultats de l'opération et d'autre part, de sa plus grande vulgarisation. 5° Au cours de la grossesse, l'avortement ou l'accouchement prématuré chez une femme antérieurement hystérotomisée sont rares.

Un utérus sectionné au niveau du S. I. supporte plus facilement une nouvelle grossesse que s'il a été incisé au niveau de son fond.

La rupture utérine relativement à craindre après une césarienne classique est tout à fait exceptionnelle avec la césarienne basse.

6° La césarienne antérieure ne semble avoir aucune influence sur le fœtus au cours d'une nouvelle gestation. Il en est de même pour l'allaitement.

7° Nécessité, à part certains cas exceptionnels, de toujours pratiquer l'épreuve du travail. Suivant les circonstances, celle-ci sera plus ou moins prolongée. Même dans les cas où il semble inutile de la tenter, on attendra le début du travail pour opérer : ainsi on sera certain de la maturité du fœtus, les conditions opératoires seront meilleures (le S. I. est mieux formé, pratiquement l'œuf n'est pas encore infecté).

C'est surtout la sécurité qu'offre la cicatrice utérine au niveau du S. I. qui permet de tenter cette épreuve du travail (on ne craint pas la rupture utérine).

8° Pour ce qui est de la nouvelle opération, sur un utérus déjà hystérotomisé, les conditions opératoires sont

excellentes : adhérences plus rares, l'épreuve du travail peut être facilement tentée, la section basse permet d'intervenir sur des cas impurs et retarde ainsi la limite de l'opérabilité.

Au cours de l'intervention, on sera très prudent au moment d'ouvrir le péritoine par crainte de la vessie.

S'il y a eu dans les antécédents une hystérotomie haute, on explorera toujours le fond de l'utérus pour voir s'il ne présente pas des adhérences.

En général, la péritonisation pour la nouvelle section basse est toujours possible, mais elle est parfois atypique.

9° La rachi-anesthésie, quand elle est possible, demeure le procédé de choix.

10° Pratiquement, après qu'elle aura eu deux enfants vivants, une femme peut être stérilisée. Mais dans tous les cas il faudra tenir compte de l'avis de l'opérée.

11° Les suites opératoires de la césarienne itérative sont excellentes. Un seul point un peu particulier à l'hystérotomie basse, est la possibilité de complications vésicales. Il ne semble pas cependant que la plus grande fréquence de cette complication soit en rapport avec la répétition de la césarienne.

Vu : Le Doyen,

BALTHAZARD

Vu : Le Président de Thèse,

Brindeau

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTINI. — Les ruptures de l'utérus ayant subi la césarienne. Thèse Paris 1932.
- ALVAREZ. — La césarienne basse à la Maternité de l'hôpital Lari-boisière. Thèse Paris 1929.
- AMIN. — La rachi-anesthésie dans l'opération césarienne. Thèse Toulouse 1928.
- ANDERODIAS. — Opération césarienne basse. Indications et résultats d'après 32 observations. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 15 avril 1928, n° 16.
- AUBERT. — Congrès des gynécologues de langue française, 1921.
— *Revue française Gyn. et Obst.* L'opération césarienne trans-péritonéale sur le S. I., mars 1921.
- AUDEBERT. — Congrès des gynécologues de langue française, 1927.
— La cicatrice de la césarienne. *Annales Gyn. et Obst.*, mai 1913.
- AUTEURS CLASSIQUES. — BAISCH. — Les dangers de la cicatrice de la césarienne et la manière de les prévenir. *Monatschrift f. geb. u gyn.*, 1920, tome LIII.
- BALARD. — Césariennes basses répétées. *Bul. Soc. Obst. et Gyn.*, mars 1928.
- BALARD et PLANES. — De la conduite à tenir chez les césarisées au cours des grossesses et des accouchements consécutifs. *Revue française Gyn. et Obst.*, novembre 1920, p. 437 à 445.
- BAR. — La place de la section césarienne dans les interventions obstétricales. *Bul. de l'Académie de Médecine*.
- BASCH. — Etude histologique de l'utérus après césarienne basse. Thèse Breslau, 1928.
- BAUMM. — *Monatschrift F. G. U. G.*, 1923.
- BECK. — Observation sur une série d'opérations césariennes pratiquées dans les six dernières années au Long Island College Hospital. *American Journal of Obs. and disease of Women and children*, février 1919.
- BELL. — Rupture utérine chez les césarisées. *American Journal of Obst. and Gyn.*, tome LXXIV, p. 950 à 954.
- BEUTTNER. — Congrès des gynécologues de langue française, 1921.
- BERCOVICI. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. Thèse Paris 1927.

- BERU, G. MENUET. — Über sterilität nach sectio cesarea. *Schw. Médizin. Woch.*, n° 2, 1928.
- BLACKER. — Trois cas de rupture utérine après césarienne basse. *The Journal of Obs. and gyn. of the british empire*, 1921, vol. 28, p. 447.
- BRANDT. — *Zeitschrift f. G. U. G.*, 1923-1924.
- BRINDEAU. — La rachi-anesthésie en obstétrique. Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1925.
- Des difficultés de l'opération césarienne répétée chez les mêmes femmes. *L'obstétrique*, 1909, tome II, p. 36.
- Le pronostic de la césarienne basse. Suites éloignées. *Bruxelles Méd.*, 10 août 1930, n° 41.
- *Bul. de la Soc. d'Obs. et Gyn.*, 1922, février. Réflexions sur césarienne basse.
- De la césarienne trans-péritonéale supra-symphysaire. *Presse Méd.*, 10 mars 1926, p. 305.
- De la rachi-anesthésie dans l'opération césarienne. *Bull. de l'Acad. Méd. de Paris*, 2 mars 1926.
- BRINDEAU et CANONNE. — Technique de la césarienne basse. Indications. Résultats. *Le journal médical français*, n° 1, janvier 1930.
- British Medical Journal*. Cicatrices utérines post-césariennes, 21 juin 1924.
- BROUHA. — *Bull. de l'Acad. Royale de Médecine*, Belgique, 1930.
- BROUHA et BRINDEAU. — *Bull. de la Soc. Belge des Gyn. et Obst.* (Congrès de Liège), 25, 26, 27 juillet 1930, tome VI, n° 3.
- BULL. — *Lying hospital*, August 1928.
- Bulletin Société d'Obstétrique et Gynécologie* octobre 1912, janvier 1925, mars 1925, mars 1929.
- BURGER. — Les hémorragies de la césarienne basse. *Strasbourg Médical*, 20 mars 1929.
- CAMBIER. — Le traitement du placenta prævia. Thèse de Lille 1924.
- CAMERON. — Opérations césariennes. *British Méd. Journal*, 10 juin 1922.
- CHAPULLIOT. — Contribution à l'étude des césariennes supra-symphysaires trans-péritonéales. Thèse d'Alger 1927.
- CHATILLON. — A propos de la résistance de la cicatrice sur le S. I. *Revue française Gyn. et Obst.*, octobre 1924.
- CHEVAL. — Césarienne itérative dans un cas d'utérus et vagin cloisonnés. *Bruxelles Médical*, 20 juillet 1930, n° 38.
- CATHALA. — Le pronostic de l'accouchement après césarienne. *Bull. Méd.*, 27 décembre 1929.
- De la valeur de la césarienne trans-péritonéale basse. *Bull. de la Soc. d'Obs. et Gynéc.*, 11 janvier 1926.

- CERRUTI. — *Semaine Médicale*, 1904, p. 889.
- CHEYNET. — Considérations sur la césarienne vaginale. Thèse Paris 1929.
- CLÉMENT. — Contribution à l'étude de la rupture spontanée pendant la grossesse, d'un utérus antérieurement césarisé. Thèse de Lyon 1925.
- Congrès des gynécologues de langue française*, 1925.
- COUVELAIRE. — *Annales de médecine et de chirurgie*, 1927-1928, t. I, p. 29.
- COUINAUD. — Thèse Paris 1919.
- COUVELAIRE et PORTES. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 9 octobre 1926, p. 647.
- DAVIS. — The uterus after the caesarean Section. *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1922.
- DEMELIN. — Le S. I. et la contracture de l'utérus gravide et parturiant. *Revue française Gyn. et Obst.*, janvier 1920.
- DOBROSCHKE. — Thèse Breslau 1913.
- DONALD (Mac Intyre). — Les cicatrices utérines post-césarienne. *British méd. Journ.*, 21 juin 1924.
- DORMAY. — L'épreuve du travail dans les bassins limites. Thèse Paris 1934.
- DUJOL. — Césarienne basse itérative pour bassins obliques ovulaires de Noegelé. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, mars 1929.
- EICK. — Rupture utérine après césarienne basse. *Monatschrift f. G. U. Gyn.*, 1923, tome LXII, p. 346.
- EKSTEIN. — *Zentralblat f. G. U. Gyn.*, 1904, n° 44, p. 302.
- ENGELHARD. — Thèse Paris 1926.
- ENGELS. — Ruptures répétées de l'utérus pendant la grossesse après césarienne. *Zentralblat f. Gyn.*, 18 février 1928.
- FARMACHI. — L'accouchement spontané chez les femmes qui ont subi antérieurement une opération césarienne. Thèse Paris 1923.
- FINDLEY. — Rupture de la cicatrice chez les césarisées. *American Journ. of Obst. and Gyn.*, 1916, p. 411 à 432.
- FISHER. — Rupture utérine après césarienne basse. *Zeitschrift f. G. U. Gyn.*, 1911, tome LXXV, p. 885.
- FOURNIER. — Césarienne itérative. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 2 novembre 1924.
- Césarienne itérative, trois fois, suivie d'hystérectomie sub-totale. Etude histologique de la cicatrice. *Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, février 1929, p. 185.
- FOURNIER et RASCOL. — Césarienne itérative. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 2 novembre 1924.

- FREUND. — Rupture utérine après césarienne basse. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1919, p. 73.
- GAIFAMI. — *Revue française Gyn. et Obst.*, 25 janvier 1923.
- GALPI. — Rupture utérine chez une femme césarisée un an auparavant. *American Journ. of Obst. and Gyn.*, janvier 1928, p. 85.
- GOSSELAN. — La rachi-anesthésie en obstétrique. *Liège Méd.*, mai 1928.
- GAUCHERAND. — Présentation d'un utérus après opérations césariennes multiples. *Bull. Soc. d'Obs. et Gyn.*, mars 1929.
- GAUSS. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1929, n° 19.
- GUENIOT. — Les hémorragies de la césarienne basse. *La médecine*, avril 1930.
- GELLE. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. Thèse de Lille 1930.
- GROSSE. — *Revue française Gyn. et Obst.*, mars 1921, p. 145; décembre 1929, p. 723.
- Les résultats de l'opération césarienne basse. *Gazette Méd. de Nantes*, 15 mars 1929.
- Gynécologie et Obstétrique.*
- HENNMUTH. — *Mulchener Méd. Woch.* Au sujet des ruptures spontanées de l'utérus au niveau de la cicatrice des césariennes intra-péritonéales basses. Faut-il approuver l'extension de cette technique? Tome LXXV, 21 septembre 1928, p. 1626 à 1628.
- HENDRY. — Césariennes itératives sur le corps et sur le S. I. de l'utérus. *Proced. Roy. Soc. Med. London*, 1923-1924, p. 156 à 163.
- HENRIOT. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. Thèse Paris 1927.
- HOLLAND (Eardley). — Rupture of the caesarean section scar in subsequent pregnancies. *The Journ. of Obs. and Gyn. of the british empire*.
- HUBER. — Les conséquences des cicatrices sur le col ou sur le corps au cours d'une grossesse ultérieure. *Schweizerisch medizinische wochenschrif*, 1924, n°s 42, 43, p. 963.
- JEANNIN. — Césarienne supra-symphysaire. *L'Obst.*, août 1909.
- JUNG. — *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et Obst.*, 1930, tome VI, n° 3.
- KELLER. — Rupture utérine après césarienne. *Zentralblatt f. Gyn.*, novembre 1923, p. 758.
- KLEIN. — Thèse 1912.
- KÖRN. — *Soc. de Gyn. de Dresde*, 1891.
- KRAUSE. — *American Journal of Obst. and Gyn.*, 1923, n° 14.
- KUSTNER. — *Monatschrift f. G. U. Gyn.*, 1928-1929.
- LABHART. — *Bull. de la Soc. belge Gyn. Obst.*, 1930, tome VI, n° 3.

- LANTUEJOUL. — Accouchement par les voies naturelles d'une femme ayant antérieurement subi une césarienne basse pour bassin rétréci. *Revue française Gyn. Obst.*, 1928, n° 5.
- L'HOIR. — Etude critique des différents procédés des césariennes dans la dystocie pelvienne. Thèse Paris 1932.
- LAPEYRE. — Le problème des césariennes multiples. *Gazette Méd. du Centre*, 15 novembre 1922.
- LEE (DE) NADELHOFFER et GREENHILL. — 91 cas de césariennes basses itératives. *Americ. Journ. of Obst. and Gyn.*, décembre 1928, p. 784. Vol. 16, n° 6.
- LEE (DE) et CORNELL. — Opération césarienne basse. Résultats des 140 cas. *Americ. Journ. med. Ass.*, 1922, tome LXXIX.
- LE LORIER. — *La Vie Méd.*, 25 avril 1930. *Liège Méd.* A propos d'un cas de césarienne itérative, 25 mars 1928.
- Loire Médicale*, juin 1929, p. 249, n° 6.
- Lyon Médical*, mai 1908.
- MAHON. — Thèse Bordeaux 1930.
- MARASSI. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. Thèse Paris 1925.
- MARIOTON. — Thèse Paris 1912.
- MARTIN. — 125 cas de césariennes basses et 23 cas de césariennes itératives. *Monat. f. G. U. Gyn.*, 1925.
- MASSAZZA. — Sur la résistance des cicatrices des césariennes en rapport avec leur siège. *La clinica obstetrica*, 6 juin 1928.
- MORAES (DE). — La cicatrice utérine dans la césarienne. *Revue Gyn. et Obst. du Brésil*, août 1927, n° 8.
- MORINELLI. — Avenir obstétrical et gynécologique des césarisées. *Semaine Méd. de Buenos-Ayres*, 1918, p. 612 à 624.
- MORISSON LACOMBE. — Avenir obstétrical de femmes ayant subi une section césarienne portant sur le corps de l'utérus. Thèse Paris 1920.
- MUHLRAD. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne transpéritonéale basse. Thèse Paris 1932.
- NOUVIAN. — La césarienne supra-symphysaire. Thèse Paris 1912.
- ODAGUESCO. — Les résultats de l'expectative dans les bassins limites et l'épreuve du travail. *Revue française Gyn. et Obst.*, septembre 1928, p. 493.
- OLOW. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1910, n° 18.
- PHANEUF. — *Bruxelles Méd.*, mai 1924, septembre 1926.
- *American Journ. of Obst. and Gyn.*, 1925, 1927, 1928 et 1929 (203 cas de césariennes basses, 44 cas de césariennes basses itératives).

- PETIT. — Un exemple de mort tardive après déhiscence de la paroi utérine avec occlusion. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux in *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, janvier 1925.
- PLANCHU. — *Lyon Méd.*, mai 1908.
- PLANES. — L'avenir de l'utérus césarisé. Thèse Bordeaux 1921.
- QUARANTOTTO. — Quatre accouchements par voies naturelles après césarienne basse et cinq observations de césarienne itérative. *La clinica obstetrica*, janvier 1928.
- Revue française Gynécologie et Obstétrique*, 1930, n° 25.
- Revue Gynécologie et Obstétrique du Brésil*, août 1927, n° 8.
- ROUAULT. — Thèse Paris 1933.
- RUBIN. — Pronostic de la césarienne basse. Thèse Paris 1930.
- SEEBRECHT. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, octobre 1925.
- SIEGEL. — *Monatschrift f. G. U. Gyn.*, 1923, tome LXII.
- SINGER. — Des cicatrices césariennes abdominales classiques. Thèse Paris 1909.
- STEIN and LEVENTHAL. — Laparotrachelotomy and analytic report of forty consecutive operations without a death. *American Journ. of Obst. and Gyn.*, août 1928, p. 229.
- TASSOWATZ. — La rachianesthésie dans la césarienne basse. *Revue française Gyn.*, 1929.
- TORGZLER. — *Wieler klinik*, 1890.
- TRILLAT. — Deux cas de césariennes basses itératives. *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, octobre 1929.
- VANVERTZ. — Césarienne sur le S. I. pour placenta prævia. *Bull. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, juin 1922.
- Vie médicale*. — Des avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique, 25 avril 1930, n° 8.
- VAN LEENWEN. — Thèse d'Utrecht 1904.
- VAUDESCAL. — L'anesthésie rachidienne dans les césariennes. *Journ. Méd. français*, août 1929. — *La Vie Médicale*, 25 avril 1930.
- VIGNES. — Les risques des césariennes tardives. *Presse Médicale*, 12 janvier 1927.
- VOGT. — *Zeitschrift f. G. U. Gyn.*, 1921.
- Rupture utérine après césarienne basse. *Arch. f. Gyn.*, 1927, p. 280.
- VORON. — Congrès des gynécologues de langue française, 1927.
- WALKER. — Rupture utérine après césarienne. *Proc. Roy. Soc. Méd. London*, janvier 1928.
- WALLISCH. — *Eléments d'obstétrique*.
- WARREN. — Ce que je pense de la césarienne d'après 106 opérations. *American Journ. of Obst. and Gyn.*, 1923, p. 238.

WETTERWALD. — A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne transpéritonéale basse. *Gyn. et Obs.*, février 1926, tome XIII, n° 2.

— La question des ruptures utérines après césarienne cervicale transpéritonéale. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1926, n° 10, p. 592.

— *Gynécologie et obstétrique*, 1927, n° 2.

WILLE. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1929, n° 29.

WOLF. — Rupture utérine dans le corps utérin après césarienne cervicale. *Zeitschrift f. G. U. Gyn.*, 1914, p. 740.

ZARATE. — La césarienne segmentaire supra-symphysaire. *Semana Méd. Buenos-Ayres*, 1916, p. 263.

Imprimé en France
TYP. FIRMIN-DIDOT ET C^{ie}
MESNIL - 1934